

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

74

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Janvier 1892, à 1 heure

Par FORTERRE (HENRI),

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 2 janvier 1869,
Médecin de marine.

DU

CANCER PRIMITIF DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { POTAIN, professeur.
A. ROBIN et RICARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Janvier 1892, à 1 heure

Par FORTERRE (HENRI),

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 2 janvier 1869,
Médecin de marine.

DU

CANCER PRIMITIF DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { POTAIN, professeur.
A. ROBIN et RICARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GABRIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILIAUX.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WFISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Hommage de piété filiale.

MEIS ET AMICIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPRÉVOST,

Chirurgien des hôpitaux du Havre,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

A MON ANCIEN MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCHATEAU,

Médecin en chef de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Ex-professeur de pathologie exotique et de clinique interne à l'École
de santé de Brest.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

PRÉFACE

La communication faite par M. le docteur Leprévost devant le Congrès de chirurgie tenu à Paris en 1891, sur un cas de restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale pour tumeur cancéreuse primitive, a été le point de départ de ce travail.

Aucune étude n'ayant été faite jusqu'alors sur le cancer primitif de la cloison recto-vaginale, il nous a paru intéressant de combler cette lacune et de donner de ce cancer une vue d'ensemble.

Nous ne saurions trop remercier M. Leprévost de la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition ses notes et ses observations, des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

M. le professeur Tillaux voudra bien recevoir aussi l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude du cancer primitif de la cloison recto-vaginale, il nous paraît utile de présenter ici quelques données anatomiques et histologiques touchant cette région.

La cloison recto-vaginale est formée par l'adossement de la paroi vaginale postérieure d'une part, et de la paroi rectale antérieure d'autre part. Ces deux portions sont séparées par un tissu cellulaire lâche qui, à l'état normal, permet le glissement facile des deux lames l'une sur l'autre.

En haut et en bas, les lames vaginale et rectale se séparent. En haut, la paroi postérieure du vagin est séparée du rectum par le cul-de-sac péritonéal. Après avoir tapissé la face postérieure de l'utérus, la séreuse descend sur la face postérieure du vagin sur une longueur d'environ 3 centimètres d'après Tillaux (1), de 12 à 15 millimètres d'après de Sinéty et Richet (2). Elle remonte alors en tapissant la face antérieure du rectum, formant ainsi un cul-de-sac, qui est désigné sous le nom de cul-de-sac péritonéal postérieur. En

(1) *Tillaux*. — Traité d'Anatomie topographique.

(2) *Richet*. — Traité d'Anatomie médico-chirurgicale.

bas, le vagin se porte en avant, le rectum en arrière. La lame rectale se termine d'abord; la lame vaginale, après avoir dépassé la précédente de 10 à 12 millimètres, se termine à son tour. Il en résulte que ces deux lames interceptent un espace triangulaire en forme de coin transversal dont la base est extérieure, dont l'arête correspond à l'adossement du vagin au rectum, occupé par les fibres du constricteur du vagin, du sphincter et du transverse et qui constitue, en réalité, la région importante du périnée de la femme. La hauteur du sommet du cône au dessous de l'anus est de 2 cent. 1/2 environ.

Dans toute son étendue, la cloison recto-vaginale mesure 9 à 10 centimètres (Sappey). Cette distance est beaucoup moins considérable que ne le pensait Lisfranc, qui l'évaluait à 6 pouces. Depuis le cul-de-sac péritonéal postérieur jusqu'à l'orifice anal, elle mesure environ 6 centimètres de longueur. Elle présente dans son ensemble une épaisseur de 3 à 4 millimètres d'après Cruveilhier.

Au point de vue histologique, voici les divers éléments que l'on rencontre en allant du vagin vers le rectum :

1° La tunique muqueuse vaginale, de 1 millimètre à 1 millim. 1/2 d'épaisseur, formée de fibres de tissu conjonctif et de fibres élastiques et revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié;

2° La tunique musculaire, formant à elle seule les 2/3 de l'épaisseur totale de la paroi vaginale, constituée par des fibres musculaires lisses;

3° Une couche intermédiaire, cellulo-fibreuse, très mince, formée de fibres conjonctives et de quelques fibres élastiques :

4° La tunique musculuse rectale constituée par deux plans : un plan superficiel de fibres longitudinales, un plan profond de fibres circulaires ;

5° La tunique fibreuse, adhérente aux deux tuniques voisines, sauf à sa partie inférieure ;

6° La tunique muqueuse rectale présentant trois couches superposées : — couche profonde ou musculuse ; — couche moyenne ou glanduleuse, sans contredit la plus importante ; elle est aussi la plus épaisse ; les vaisseaux et les nerfs se distribuent dans son épaisseur ; on peut la considérer comme la muqueuse proprement dite ; — couche superficielle ou épithéliale, formée de cellules cylindriques disposées sur un seul plan.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tout cancer du rectum, tout cancer de la vulve s'accompagnent presque fatalement, à une certaine période de leur évolution, de propagation cancéreuse dans la cloison recto-vaginale. De même aussi le cul-de-sac vaginal postérieur, et par suite la paroi vaginale postérieure sont fréquemment envahis par le tissu néoplasique dans le cas de cancer du col de l'utérus. Ce n'est pas sur ces cas de cancers secondaires de la cloison, par propagation ou par récurrence d'un cancer du voisinage, que doit porter notre étude. Nous avons surtout en vue dans ce travail le cancer primitif de la cloison recto-vaginale, et par là, nous comprenons toute masse cancéreuse, primitivement développée au niveau de la cloison, en un point quelconque de son étendue, n'en dépassant pas les limites anatomiques et ne s'accompagnant d'aucune lésion cancéreuse des organes voisins : rectum, anus, vulve, col de l'utérus.

Le cancer peut débiter, soit par la paroi rectale, c'est là le cas le plus fréquent, soit par la paroi vaginale, soit même dans la couche cellulograsseuse qui sépare les lames rectale et vaginale comme le re-

latent de nos observations (I et II), mais ce mode de début est exceptionnel. Le plus souvent, lorsque la malade est examinée, toute l'épaisseur de la cloison se trouve envahie par l'affection néoplasique de telle sorte qu'il est difficile de reconnaître le point de départ du cancer.

Un point également difficile à élucider, c'est de savoir quel est l'élément histologique primitivement envahi ? Le cancer débute soit par la muqueuse, soit par le tissu cellulaire sous muqueux, souvent par ce dernier. Mais à l'examen des pièces anatomiques, sur des coupes comprenant toute l'épaisseur de la tumeur et de la cloison, il est souvent impossible de reconnaître le tissu qui a été primitivement affecté. La muqueuse peut être rencontrée dans son état d'intégrité complète. Il en est de même de la musculuse dont les fibres ont subi parfois une véritable hypertrophie. En règle générale, il existe une infiltration plus ou moins complète des diverses tuniques dont on constate l'atrophie des éléments constitutifs.

Le cancer primitif se présente sous deux formes : forme circonscrite, forme diffuse. Dans le premier cas, on voit de petites masses arrondies, tubéroïdes, du volume d'un pois ou d'un petit œuf de poule dont la consistance varie, quelquefois à forme pédiculée. Souvent ce sont des plaques d'une dureté cartilagineuse occupant toute l'épaisseur de la paroi qui marquent le début de l'affection. Il pourrait quelquefois prendre naissance au niveau de plaques de vaginite chronique, qu'on a pu théoriquement comparer à la

leucoplasie buccale, point de départ du cancroïde buccal. Pozzi (1).

Dans le cancer infiltré ou diffus, les limites de la production sont beaucoup moins précises. Le tissu sous-muqueux est épaissi et traversé par des bandes bleuâtres qui lui donnent un aspect aréolaire analogue à celui que présente fréquemment le cancer de l'oesophage et de l'estomac. Le tissu cancéreux a tendance à envahir toute la cloison. Les tuniques sont inégalement envahies. La muqueuse résiste longtemps, elle se laisse soulever par la masse née dans le tissu sous-muqueux et ne s'ulcère que tardivement. L'ulcération, entourée de bords irréguliers plus ou moins élevés donne au doigt une sensation spéciale ; elle présente un fond sinégal. Sur le vivant, examinée au spéculum, elle offre une coloration foncée et quelquefois un aspect gangréneux. De plus, elle est le siège d'une suppuration sanieuse à odeur caractéristique.

L'ulcération s'accompagne fréquemment de la perforation de la cloison et il en résulte une fistule rectovaginale. Cette fistule livrant passage aux matières fécales liquides et aux gaz, devient pour la malade la cause d'une infirmité répugnante.

La variété la plus fréquente de cancer primitif de la cloison est l'épithélioma cylindrique ; les autres formes que l'on peut également rencontrer sont l'épithélioma pavimenteux lobulé, le cancer, l'encéphaloïde, le colloïde, le squirrhe.

(1) *Samuel Pozzi*. — Traité de Gynécologie.

Le cancer primitif s'observe surtout à partir de l'âge de 30 ans ; dans un cas, l'affection avait débuté à 25 ans (Obs. XV du professeur Richet). Le maximum de fréquence est entre 35 et 55 ans.

SYMPTOMATOLOGIE. MARCHE. DURÉE.

PRONOSTIC

Notre intention étant d'envisager spécialement le cancer primitif de la cloison recto-vaginale, il nous semble inutile d'exposer ici les symptômes que l'on peut rencontrer dans le cas de cancers secondaires, ces symptômes trouvant plutôt leur place dans l'étude du cancer du rectum et du col de l'utérus.

Le début du cancer de la cloison est obscur et insidieux. Le plus souvent, il s'annonce par une sensation de pesanteur à l'anus et à la vulve s'accompagnant de vives douleurs au moment de la défécation, d'alternatives de constipation et de diarrhée, quelquefois même d'une constipation opiniâtre. La malade peut présenter un léger écoulement sanguinolent se faisant par la vulve ou l'anus. Cet écoulement est continu; il peut être intermittent et se traduire par des hémorrhagies plus ou moins abondantes, apparaissant surtout au moment de la défécation. D'autres fois, il y a simplement irrégularité dans les règles; les règles sont alors prolongées, plus abondantes et très douloureuses. Dans une de nos observations, XIX, l'attention de la malade fut éveillée par les douleurs profondes qu'elle

éprouvait au moment du coït. Cette douleur était accompagnée d'une hémorrhagie qui persistait les jours suivants. Dans un autre cas, l'affection débuta silencieusement par de la fatigue dans les membres inférieurs, fatigue rendant impossible la marche et même la station debout (Obs. XXI).

Quel que soit le début, l'affection cancéreuse, une fois constituée, se caractérise alors par des symptômes bien nets, rappelant de près ceux que l'on observe dans les cancers du rectum et du col de l'utérus. c'est-à-dire : troubles de la défécation, alternatives de diarrhée et de constipation, selles purulentes, ou sanguinolentes, hémorrhagies répétées, écoulement d'un liquide ichoreux, fétide, d'une odeur caractéristique, vives douleurs dans le petit bassin et au niveau du périnée, etc.

C'est généralement à cette période de la maladie, que le chirurgien est consulté.

Le doigt introduit dans le rectum perçoit des sensations qui varient suivant la forme, l'étendue, la variété du cancer. Ce sont tantôt de simples plaques indurées que l'on sent au niveau de la paroi antérieure du rectum ; tantôt une tumeur plus ou moins volumineuse, assez mal pédiculée, souvent mollassse, fongueuse, reposant sur une base indurée, ou bien sur une érosion cupuliforme dont la portion centrale, plus ou moins déprimée, est environnée d'une couronne irrégulière de végétations plus dures, se continuant avec la muqueuse elle-même envahie.

Tantôt les lésions n'occupent que la lamé rectale ;

dans ce cas, avec le doigt introduit dans le rectum, on peut imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité, ou de haut en bas. On sent que la lame rectale glisse facilement sur la lame vaginale. Ce fait est mieux perçu, si, au toucher rectal, on combine le toucher vaginal, car alors les deux portions peuvent rouler l'une sur l'autre, ce qui démontre l'absence de toute adhérence. Dans certains cas, le cancer réside dans l'interstice fibro-cellulaire qui sépare les deux muqueuses. Par le toucher rectal et le toucher vaginal combinés, on sent alors une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant une certaine étendue de la cloison, mais pouvant se délimiter facilement. Les tissus voisins sont sains; la muqueuse ne présente aucune induration, aucune rugosité; elle est lisse et souple comme à l'état normal. Mais ces cas sont rares. Le plus souvent toute l'épaisseur de la cloison est envahie; le doigt arrive sur une portion indurée, épaissie, parcheminée, entièrement immobile. Quelquefois même perforée, de telle sorte que le doigt peut pénétrer directement du rectum dans le vagin.

L'examen de la région inguinale et la palpation abdominale fera connaître l'état de tuméfaction des ganglions correspondants à la région envahie. Ces ganglions sont tantôt durs, petits, indolents, comme dans le squirrhe; tantôt volumineux, moins consistants, comme dans l'encéphaloïde.

Outre ces signes fonctionnels et ces signes physiques, la malade présente également des signes généraux, peu marqués au début de l'affection et

pendant la période d'état, mais qui ne tardent pas à devenir prédominants et à prendre une grande intensité à la dernière période. Au début il y a de la répugnance pour les aliments, perte de l'appétit, les digestions sont longues, pénibles, laborieuses. Puis les écoulements continuels de plus en plus abondants par l'anus, les douleurs qui troublent le sommeil et empêchent tout repos, l'extension et la généralisation du cancer, amènent un état cachectique caractéristique. L'affaiblissement est extrêmement prononcé. L'amaigrissement profond de la face et du tronc contraste avec le développement des membres inférieurs qui s'œdématisent assez souvent par le fait de thromboses veineuses. La peau prend une teinte jaune paille caractéristique, elle devient sèche et pulvérulente ; quelquefois des sueurs abondantes pendant la nuit ; rarement quelques phénomènes fébriles. C'est dans ces conditions mauvaises que la mort ne tarde pas à survenir.

La marche du cancer est en général très rapide.

La durée est difficilement évaluée dans l'ignorance où l'on se trouve sur la date exacte du début. A partir du moment où le cancer donne lieu à des accidents qui attirent l'attention, la mort survient au bout d'un temps qui varie de six mois à deux ans.

Par le fait même de sa marche rapide et de sa courte durée, le cancer de la cloison présente un pronostic très sombre. La terminaison fatale est la mort. La mort peut résulter des progrès de la cachexie. Quelques malades, afin de restreindre le nombre des

garde-robes, et par suite se soustraire aux angoisses de la défécation, refusent toute alimentation et meurent d'inanition. D'autres sont emportées par des hémorrhagies répétées et très abondantes. Parfois c'est dans les efforts qui précèdent une débâcle que la mort arrive. Enfin une péritonite par propagation du cancer vers le cul-de-sac péritonéal peut précéder de quelques jours ou quelques heures le dénouement fatal.

Le cancer de la cloison s'aggrave considérablement au cours de la grossesse; car il peut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Citons l'observation suivante que nous avons recueillie dans le *Traité des Tumeurs de l'abdomen*, Péan. Femme de 32 ans, enceinte pour la cinquième fois, atteinte d'un cancer de la paroi postérieure du vagin, s'étendant jusqu'au cul-de-sac vaginal. Accouchement prématuré à sept mois. Enfant mort. Mort de la mère.

Le pronostic devient plus fâcheux encore au moment de l'accouchement, non seulement pour la mère qui est vouée à une mort prochaine, mais encore pour l'enfant qui succombe souvent avant l'époque du terme.

Cependant nous avons pu recueillir un cas dans lequel une femme, atteinte d'un cancer de la cloison, put accoucher à terme, spontanément, et d'un enfant vivant bien constitué : observation XII.

Si l'enfant est mort, on devra l'extraire en le sectionnant, sans oublier que l'embryotomie est très grave dans ces circonstances. En effet la tumeur rétrécit le

vagin et rend très difficile l'introduction de la main et des instruments. Le passage de l'enfant produit également des contusions et des dilacérations qui favorisent au plus haut degré les complications puerpérales.

Si l'enfant est vivant, si le vagin paraît trop rétréci pour le laisser passer, on doit préférer l'opération césarienne.

OBSERVATIONS

Nous plaçons ici les vingt et une observations de cancer primitif, que nous avons pu recueillir dans la lecture des revues et des journaux de médecine. Nous y avons joint quelques cas de cancers secondaires, qui nous ont paru intéressants au point de vue de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION I

Tumeur encéphaloïde, dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale.

Observation recueillie par SOMMIER-MORET. (*Bulletin de la Société Anatomique* 1834, page 218.)

Henriette Morel, 34 ans ; réglée à 12 ans, mais jamais d'une manière régulière. Constipation habituelle.

Mariée à 22 ans, elle eut un enfant qui n'a pas vécu. A la suite de son accouchement, elle eut des hémorroïdes qu'elle fit disparaître en partie en les touchant avec un onguent.

Depuis plusieurs années, les règles s'annonçaient par du malaise et des douleurs assez fortes qui augmentèrent d'intensité il y a trois mois. Dans le courant de juin dernier, des efforts pour aller à la selle amenèrent la sortie par l'anus d'une tumeur molle, longue d'environ deux pouces. Quarante-

huit sangsues furent appliquées en deux fois sur cette tumeur, puis elle fut réduite. Les douleurs ont sans cesse augmenté depuis, quoique la tumeur n'ait pas reparu.

Le 16 août, à l'examen de cette malade, on constate un amaigrissement considérable, teint jaunâtre; respiration suspirieuse; changements fréquents de situation dans le lit; langue sèche, pas d'appétit, vomissements de matières bilieuses, douleurs dans les lombes et dans le bassin; abdomen non douloureux à la pression, on n'y sent pas de tumeur, ténésmes fréquents. Après beaucoup d'efforts, sortie d'une petite quantité de matières mêlée de glaires. Émission des urines également difficile et douloureuse. Périnée saillant.

Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre, à peu de distance de la paroi postérieure du vagin, une tumeur à surface sans inégalités qui fait une saillie bien plus considérable du côté du rectum, où elle présente également une surface lisse et arrondie. On reconnaît facilement que la tumeur qui paraît avoir le volume du poing a son siège dans la cloison recto-vaginale et que les parois du rectum et du vagin ne sont pas altérées. Le toucher, quoique pratiqué prudemment est extrêmement douloureux.

Le 25, plaintes continues, pas de sommeil, céphalalgie, langue sèche, vomissements bilieux, coliques dans le bas-ventre, abdomen indolent à la pression. Il ne sort par les selles que quelques mucosités transparentes. L'excrétion des urines est toujours difficile et douloureuse.

L'état de la malade empire chaque jour.

Mort le 2 septembre.

Autopsie. — Le rectum se moule sur la convexité que forme la tumeur à sa face antérieure; il offre au pourtour de l'anus quelques petites tumeurs hémorroidales; et à environ cinq pouces de ce point, la paroi antérieure présente une

perforation à bords noirâtres, d'un demi-pouce de diamètre par laquelle le manche du bistouri pénètre avec la plus grande facilité dans un tissu ramolli.

La paroi postérieure de l'utérus, du vagin, de l'ovaire droit et la paroi antérieure du rectum sont seulement contiguës à cette tumeur. Elles ont quelques adhérences assez intimes, mais elles ne font nullement corps avec elles.

Le volume de cette tumeur est presque égal à celui d'une tête de fœtus à terme ; elle est un peu aplatie d'avant en arrière, d'une surface assez égale, d'une consistance molle. Elle offre, dans son intérieur, deux substances assez tranchées : l'une occupant le centre et la partie inférieure, plus consistante, d'un jaune rougeâtre, semblable à la fibrine contenue dans les sacs anévrysmatiques, à la couleur près qui est moins intense, se laissant diviser en petits faisceaux dans un même sens ; l'autre occupe la partie supérieure et est distribuée au pourtour de la masse ; elle est constituée par de la matière encéphaloïde presque complètement ramollie et réduite en plusieurs points à l'état de putrilage. On voit de petites branches vasculaires se ramifier çà et là dans cette matière.

Ainsi le siège de la tumeur paraît bien déterminé, elle occupe le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale et c'est dans ce tissu qu'elle a eu son point de départ.

OBSERVATION II

Tumeur interstitielle, de nature colloïde, de la cloison recto-vaginale.

(D. NICAISE. *Société de Chirurgie*, 18-3.)

Femme 60 ans, domestique, entre à l'hôpital le 26 septembre 1882. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 20 ans, menstruation régulière peu abondante ; n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche ; pas de maladies antérieures.

L'affection actuelle a débuté il y a deux ans ; troubles gastriques intestinaux, inappétence, digestions difficiles, alternatives de diarrhée et de constipation, puis vomissements glaireux et alimentaires, douleurs abdominales vagues, amaigrissement rapide, perte de forces. Pas de mélena, pas d'hématémèse.

A son entrée, cachexie bien marquée, teinte jaune paille, diarrhée, œdème des parois abdominales, un peu d'ascite.

La palpation du ventre ne fait découvrir aucune tumeur ni au niveau de l'estomac, ni dans les fosses iliaques, ni dans les autres régions.

Par le toucher vaginal on ne peut sentir le col de l'utérus qui est porté derrière le pubis, mais on reconnaît que la paroi postérieure du vagin est refoulée en avant ; la muqueuse vaginale est intacte.

Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum est aussi refoulée en arrière par une tumeur assez ferme, légèrement mamelonnée, qui occupe la cloison recto-vaginale et refoule ainsi le vagin d'un côté, le rectum de l'autre.

En pratiquant en même temps le toucher rectal et le palper abdominal sur l'hypogastre, on constate l'existence d'une petite tuméfaction surajoutée à la tumeur principale et qu'on suppose être l'utérus soulevé par la tumeur de la cloison.

L'état général de la malade accuse l'existence d'un cancer qui est probablement un cancer intestinal ; la nature de la tumeur de la cloison reste indéterminée. La malade n'en souffre pas ; ne sait depuis quand elle existe. Les symptômes s'aggravent ; et la malade meurt le 12 novembre.

L'autopsie a révélé les lésions suivantes : Péritonite circons-

crite de la fosse iliaque droite. Cancer de l'extrémité inférieure de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale. Dans la cloison recto-vaginale existe une tumeur lisse, légèrement mamelonnée, assez résistante, élastique; elle est recouverte en haut par le péritoine, en apparence sain du cul-de-sac rétro-utérin; en avant elle est en rapport avec la face postérieure du col et la paroi vaginale; en arrière elle recouvre le rectum. La muqueuse vaginale est saine, ainsi que l'utérus petit, atrophié, refoulé en haut et en avant par la tumeur. Sur la paroi rectale, on constate une petite ulcération au niveau de la partie saillante de la tumeur. A la coupe, la tumeur de la cloison est formée d'un tissu colloïde, assez ferme, avec des tractus plus résistants.

OBSERVATION III

Epithélioma de la paroi antérieure du rectum.

D. DELENS. (Thèse PIÉCHAUD.)

Louise L., âgée de 40 ans, journalière, entrée à l'hôpital Tenon, le 2 octobre 1880. Epithélioma de la paroi antérieure du rectum. Début 7 ans ?

Au toucher, on trouve une tumeur irrégulière étalée, dure à la base, située au dessus du sphincter, sur la paroi antérieure du rectum. Elle n'a guère que les dimensions d'une pièce de cinq francs, et on peut partout en dépasser les limites.

Le 6 octobre, après anesthésie par le chloroforme et dilatation forcée de l'anus, je pratique l'éversion de la paroi antérieure du rectum, à travers l'anus, en déprimant avec deux doigts la cloison recto-vaginale, au dessus de la fourchette. L'ablation de l'épithélioma put être ainsi facilement effectuée

à l'aide des ciseaux et du thermocautère. Malgré l'emploi de ce dernier instrument, il se fit un certain écoulement de sang, Un tampon sec fut placé dans le vagin et deux boulettes de charpie imprégnées de perchlorure de fer à 30°, étendu de son volume d'eau et bien exprimées, furent laissées à demeure dans le rectum.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Dès le 9, cependant, des signes de péritonite se manifestèrent (douleur abdominale, vomissements).

La malade succomba le 11 octobre, à 3 heures du soir.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée à toute la cavité péritonéale, avec pus abondant dans le petit bassin.

La plaie résultant de l'ablation de l'épithélioma a environ 6 centimètres de hauteur et remonte à 18 millimètres au dessus du cul-de-sac péritonéal. Celui-ci n'a pas été intéressé par l'opération, mais il se trouve à nu sur une étendue d'un centimètre carré au niveau de la partie la plus élevée de la plaie. Il y a dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin du pus noirâtre, mais pas de fausses membranes. Les ganglions sacrés et lombaires sont intacts.

OBSERVATION IV

Cancer de la paroi antérieure du rectum.

Thèse MARCHAND.

Femme de 54 ans. Difficultés de la défécation et pertes de sang et de matières glaireuses abondantes. A l'anus, il n'existe d'autre lésion qu'une fissure. Par le toucher, on reconnaît une induration inégale, mamelonnée, fongueuse,

siégeant à la partie inférieure du rectum sur les deux tiers antérieurs de l'intestin. Le tiers postérieur est parfaitement sain. Le mal s'étend à une hauteur de 3 centimètres. La limite supérieure est facilement dépassée avec le doigt.

Opération le 21 avril. La malade est couchée en avant, soutenue par des oreillers sous le ventre.

Deux incisions semi-lunaires, à 2 centimètres de l'anus.

Le rectum est disséqué; un fil est passé dans la paroi postérieure du cylindre. Un second fil, pour consolider celui-ci, est passé dans la tumeur; puis les parties malades sont retranchées. Pendant la dissection, on perfore le vagin.

Aucune ligature n'est nécessaire.

Aucun accident. Le 28 mai, la malade quitte l'hôpital. La plaie est presque cicatrisée; elle circonscrit une cavité anfractueuse divisée par une cloison en deux compartiments; l'un postérieur se continue vers la cavité du rectum, l'autre antérieur est formé par le vagin. Les matières s'échappent par la vulve et l'anus, sans que la malade en ait conscience.

Cette malade a été revue six mois après; elle ne portait aucune trace de récidive et avait conservé toutes les apparences de la santé.

OBSERVATION V

Epithélioma de la paroi antérieure du rectum.

LABBÉ. (Thèse PIÉCHAUD.)

Femme, 45 ans.

Epithélioma de la partie antérieure du rectum, s'étendant un peu sur les parties latérales, remontant très haut, mais que le doigt peut franchir.

Forterre.

Extirpation de la cloison recto-vaginale et des prolongements latéraux de la tumeur. Galvanocautère.

Guérison.

Mort au bout de sept ans, sans récurrence ni engorgement ganglionnaire.

Survie de sept ans. Mort. Cancer du foie.

OBSERVATION VI

Cancer de la paroi antérieure du rectum.

VERNEUIL, 1886. (Thèse ALBERCO, Paris.)

P. . . , 52 ans, entre le 10 juillet 1886.

Début il y a six ans. Constipation. Selles sanguinolentes très douloureuses.

A son entrée, la malade est légèrement affaiblie.

Par le toucher, on trouve une tumeur, située à la partie antérieure du rectum, commençant à 3 centimètres de l'anus et montant à 4 ou 5 centimètres plus haut, jusqu'au cul-de-sac péritonéal. La tumeur a 2 centimètres de largeur.

Opération, le 16 juillet. On pratique la section postérieure du rectum au thermocautère et, dans la même séance, on fait l'ablation de la tumeur.

Suites normales.

La malade quitte l'hôpital le 15 octobre 1886, améliorée.

OBSERVATION VII

Cancer de la paroi antérieure rectale.

M. D. POZLI, 1889. (Thèse AUBERT.)

M^{lle} B. . . , 68 ans. Début il y a deux ans. Constipation opi-

nâtres, selles sanguinolentes. Depuis quelques jours, phénomènes d'obstruction intestinale.

Au toucher vaginal, on constate la présence d'un polype folliculaire dans l'intérieur du col utérin, qui est entr'ouvert et ramolli.

Toucher rectal ; sur la paroi antérieure, très haut, masse arrondie, fongueuse, nettement limitée à sa base par une sorte de bourrelet muqueux — volume d'une noix, — le doigt ne peut la circonscrire à sa partie supérieure.

Opération le 24 mai, par M. Pozzi. Ablation du polype utérin. Le fungus du rectum est enlevé avec la cuiller tranchante de Simon et la surface d'insertion cautérisée au thermocautère.

Suites normales. Amélioration.

En juillet, les phénomènes de rétrécissement réapparaissent. M. Pozzi ne voulant pas exposer la malade aux périls de l'extirpation complète de la portion malade du rectum, conçoit l'idée d'aller, sans ouvrir le péritoine, exciser la paroi postérieure du rectum jusqu'au delà du rétrécissement et créer ainsi une sorte d'anus artificiel.

Opération le 4 août 1889. Incision de Kraske. Ablation du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée au moyen d'une forte pince de Liston. On arrive ainsi jusqu'au niveau du rétrécissement que l'on sent bien au fond de la plaie, à travers la paroi postérieure du rectum, qui est saine. La tumeur est située à 16 centimètres de l'anus. Comme l'extirpation paraissait nécessiter l'ouverture large de la cavité péritonéale, comme, d'autre part, la malade ne semblait pas en état de courir les risques d'un pareil traumatisme, M. Pozzi se décida à inciser la paroi postérieure du rectum, depuis la commissure postérieure de l'anus jusqu'à la partie supérieure de la brèche osseuse. Il met aussi à

découvert une sorte d'éperon saillant, d'apparence fibreuse, qui formait la partie supérieure de la loge où avait été contenu le fungus extirpé dans la précédente opération, fungus qui ne s'était pas reproduit. Trois sutures en chaîne sont passées à sa base, à l'aide d'une aiguille de Reverdin, et après les avoir serrés, on excise avec des ciseaux courbes le croissant néoplasique qui les dépasse.

Comment devait-on se comporter vis-à-vis de la partie saine du rectum, au dessous du rétrécissement, laquelle incisée en arrière, formait une large gouttière allant de la partie supérieure de la plaie à l'anus. M. Pozzi se borna à affronter exactement les bords de la plaie cutanée avec ceux de la plaie muqueuse par un double rang de sutures profondes et superficielles.

L'opération terminée, l'extrémité inférieure du tube digestif se trouvait reportée au niveau de la première vertèbre sacrée réséquée. Au dessous de cet anus artificiel sacré, une longue gouttière muqueuse représentait l'intestin incisé jusqu'à l'anus.

Pansement iodoformé.

Suites normales. Pas de fièvre, réunion par première intention; pas de tendance au prolapsus. Incontinence des matières liquides.

En octobre, la malade revient voir M. Pozzi. Etat très satisfaisant. L'orifice ne s'est pas rétréci. A sa partie antérieure, on constate une induration néoplasique non ulcérée.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique.

OBSERVATION VIII

Carcinome de la paroi postérieure du vagin.

PÉAN, 1875. (*Leçons de clinique chirurgicale, t. II, p. 601.*)

Gaumière Joséphine, 56 ans, domestique, entre le 8 octobre 1874.

Réglée à 15 ans ; deux grossesses terminées par des accouchements réguliers. Ménopauses à 49 ans ; depuis dix-huit mois leucorrhée abondante et métrorrhagies quotidiennes.

Diminution des forces, état cachectique. Depuis deux mois, diarrhée continue.

Actuellement, nous trouvons par le toucher une tumeur dure, bosselée, à surfaces inégales, ulcérée, et laissant suinter un ichor fétide, située sur la paroi postérieure du vagin ; au spéculum, la muqueuse est rouge, recouverte de fongosités brunâtres qui font saillie sur le bord noirâtre de la tumeur.

Pas de douleurs spontanées. Cachexie avancée.

Opération le 9 octobre 1875.

La malade étant chloroformée, nous incisons avec le couteau galvanocautique, sur la ligne médiane, le périnée et la cloison recto-vaginale. Nous enlevons largement la tumeur, et nous appliquons sur les troncs artériels quelques pinces hémostatiques qui restent vingt-quatre heures en place. Injections d'eau de guimauve.

Examen microscopique : Carcinome en dégénérescence colloïde.

Les 7, 8, 9, 10, 11 octobre, pas de fièvre, peu de douleur au niveau de la plaie.

13. — Délire pendant la nuit ; affaiblissement marqué. Douleurs à l'hypogastre. Les jours suivants l'état général de-

vient de plus en plus mauvais; la douleur hypogastrique s'exagère, et la malade succombe le 21 octobre.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort : péritonite pelvienne s'étant propagée au méso-rectum et au méso-côlon iliaque, pas de cancer secondaire dans les viscères.

OBSERVATION IX

Epithélioma cylindrique de la paroi postérieure du vagin.

Observation recueillie par M. RICHELOT (*Union Médicale*, 1875).

Annette Trévisain, 36 ans, entre à Lariboisière dans le courant du mois de décembre 1869.

Cette malade présente une anémie profonde, une teinte jaune paille de la peau. Écoulement sanieux par le vagin dans lequel on constate la présence d'un néoplasme par le toucher.

Quinze jours avant la mort, les membres inférieurs deviennent le siège d'un œdème considérable qui a débuté par la jambe droite et s'étend jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen.

Autopsie. — Le vagin est complètement rempli par une tumeur qui, examinée superficiellement, est molle; friable, de couleur jaune gris avec des points livides et de nombreuses arborisations vasculaires. Examinée à la coupe et au microscope, elle présente tous les caractères de l'*épithélioma cylindrique*. Plusieurs points sont formés de tissu colloïde; d'autres présentent la dégénérescence graisseuse.

Perforation recto-vaginale, nettement limitée du côté du rectum.

Le col de l'utérus est superficiellement envahi, le reste de l'organe est sain.

Tous les troncs veineux, saphènes, hypogastriques, etc., depuis la partie inférieure de la jambe jusqu'à la partie moyenne de la veine cave, sont oblitérés par un caillot continu très varié d'aspect suivant les points où on l'examine ; récent, cruorique, dans les veines de la jambe, il est fibrineux dans les veines du petit bassin, et présente en plusieurs points le ramollissement central puriforme.

Aucune trace de tumeur métastatique. Tous les viscères présentent une surcharge graisseuse remarquable.

OBSERVATION X

Tumeur encéphaloïde de la paroi recto-vaginale.

CHAISSAIGNAC. (*Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 346.)

Mathieu Marie, 49 ans, entre le 17 juin 1844 à l'hôpital Necker pour une tumeur siégeant à la paroi postérieure du vagin.

Menstruation régulière, lorsqu'il y a dix mois, après des pertes sanguines répétées et abondantes, elle s'aperçoit de l'existence d'une grosseur dans le vagin. Cette tumeur s'est accrue considérablement au point de faire saillie à la vulve sans déborder cependant les grandes lèvres.

Toucher vaginal. — Le toucher fait reconnaître une saillie fusiforme faisant relief sur la paroi postérieure du vagin : volume de deux doigts, longueur trois travers de doigt, son extrémité supérieure est difficilement limitée par le toucher vaginal. A sa partie inférieure, elle se termine par un renflement fongueux ayant au toucher la plus grande analogie avec un col d'utérus boursoufflé par une désorganisation cancéreuse. En pressant avec le doigt, on pénètre à son centre

dans une cavité qui se laisse dilater par l'extrémité du doigt à la manière d'un orifice utérin largement fissuré dans le sens transversal.

Le col de l'utérus se reconnaît à la partie antérieure et supérieure du vagin.

Toucher rectal. — On reconnaît que la partie antérieure du rectum est le siège d'une tumeur bosselée des mêmes dimensions que celle constatée par le toucher vaginal. Le doigt porté fortement contre la surface de cette tumeur y pénètre en quelque sorte, ce qui indique le ramollissement de son tissu.

Examen au spéculum à valves, par le vagin. — Les valves étant écartées dans le sens transversal, de manière à recevoir en partie la tumeur dans leur intervalle, on reconnaît que la tumeur présente à sa partie inférieure deux bosselures volumineuses et ramollies faisant relief sur la paroi postérieure du vagin, et descendant au dessous du lieu de leur implantation, ce qui donnait lieu à une sorte de fente transversale limitée en avant par ces tumeurs, en arrière par la paroi du vagin et dans laquelle le doigt s'était engagé au moment où l'on avait pratiqué le toucher pour la première fois.

Restait à bien préciser ses limites :

Pour cela, on imprima à la tumeur un mouvement de bascule de haut en bas, de façon à la renverser, et par le toucher vaginal et le toucher rectal combinés, on reconnut qu'il existait entre le point le plus élevé de la tumeur et l'implantation de la paroi vaginale au col de l'utérus une portion de la paroi recto-vaginale parfaitement saine. On parvint également à reconnaître qu'il existait sur les deux côtés de la tumeur une étendue de tissu sain suffisante pour que l'on pût enlever la totalité du mal sans s'exposer à blesser aucun organe important.

L'examen des régions inguinales, ainsi que des fosses iliaques et lombaires ne présenta aucune tumeur ganglionnaire.

La malade n'éprouvait ni coliques, ni vomissements, ni douleurs dans l'abdomen après les repas. Pas d'œdème des cuisses et des jambes. En présence de ces faits, malgré l'état d'affaiblissement et de mauvaise coloration du teint de la malade, et comme d'autre part, les hémorrhagies répétées menaçaient incessamment la vie de la femme, on se décida à intervenir.

Opération le 24 février 1844 par Chassaignac.

Lavement purgatif le matin même du jour de l'opération afin de vider le gros intestin. La malade fut placée sur une table convenablement garnie, de manière que le bassin débordait complètement l'extrémité de la table. Les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin furent maintenues dans cette position par deux aides. On s'occupa ensuite d'un temps préliminaire de l'opération qui consista à placer sur les côtés de la tumeur dans les tissus sains et à deux hauteurs différentes de chaque côté, des ligatures doubles.

En plaçant ces quatre ligatures doubles, on voulait, dans le cas d'une hémorrhagie grave, former pour chaque côté en unissant l'un des chefs d'une ligature supérieure avec le chef d'une ligature inférieure, former une anse susceptible d'être fermée en un anneau complet, de manière à comprendre dans cet anneau une certaine étendue de la paroi du vagin dans le sens vertical, et à comprimer de cette manière les vaisseaux compris dans l'épaisseur de la cloison; d'un autre côté, en unissant ensemble les chefs de deux ligatures correspondantes d'un côté à l'autre, former des anses transversales susceptibles d'amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin.

Les ligatures placées, on procéda au temps de l'opération

qui consistait à isoler la tumeur avec le bistouri. Trois érignes furent implantées dans la tumeur et l'on s'aïda de l'introduction d'un doigt dans le rectum pour faire basculer la tumeur de manière à rendre accessible à l'instrument son point le plus élevé. Une fois, la dissection de la partie supérieure terminée, on s'occupa de la division de celle-ci sur le côté gauche, puis droit. Lorsque, par la dissection de son sommet et de ses parties latérales, la tumeur fut susceptible d'être complètement renversée, on acheva la séparation vers la partie inférieure du vagin en divisant exactement les tissus sains. Les ciseaux courbes furent employés avec avantage pour cette partie de l'opération, ainsi que pour l'ablation de quelques parties indurées qui n'avaient pas été complètement atteintes par le bistouri.

Depuis vingt jours que l'opération a eu lieu, pas d'accidents, sauf une hémorrhagie vers le quatrième jour, arrêtée par des injections d'eau fortement vinaigrée.

Bien que la plus grande partie des matières fécales sortent par le vagin, il commença à en passer un peu par l'anus.

Cette femme a repris des forces et de l'appétit. La coloration de la face s'est considérablement améliorée et sauf l'infirmité pénible résultant du passage des matières à travers la vulve, elle est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant.

OBSERVATION XI

Epithélioma de la cloison recto-vaginale.

VERNEUIL 1861. (Thèse MARCHAND.)

M^{lle} X... 61 ans, brune, grande, maigre, très robuste. éprouve depuis huit mois des douleurs très vives dans la région anale. Constipation opiniâtre. Selles sanguinolentes :

Cuissous de plus en plus vives se montrant à la région anale.

Le pourtour de l'anus présente une rougeur érythémateuse. L'anus est sain, en arrière, mais en avant il est masqué par deux tumeurs aplaties d'avant en arrière et séparées par une incisure profonde. Ces tumeurs, volume d'une amande chacune, étaient d'un rouge livide, ternes, peu mobiles, charnues, lisses et non ulcérées. Le sillon qui les séparait avait 0,01 de profondeur, et était recouvert d'une pulpe grisâtre, friable, ramollie, exhalant une odeur très fétide.

Cette production morbide s'étendait à plus de 0.05 de hauteur dans le rectum, où elle formait une masse fongueuse, lobulée, inégale, dure, ulcérée, composée de mamelons volumineux, séparés par des incisures profondes ; elle occupait toute la moitié antérieure de l'intestin, et avait environ 0,04 transversalement. La tumeur était bien circonscrite latéralement et supérieurement où les tissus paraissaient sains.

La masse morbide proéminait beaucoup dans le vagin, où elle formait une saillie fortement convexe dans le sens vertical et dans le sens transversal. La moitié postérieure de la circonférence du vagin était envahie. La muqueuse vaginale recouvrait la tumeur en y adhérant ; elle était même perforée dans un point, où il existait une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes.

M. Verneuil proposa une opération qui fut acceptée et exécutée de la manière suivante.

La malade étant sous l'influence du chloroforme fut couchée sur le côté gauche, au bord du lit, dans l'attitude usitée pour l'opération de la fistule à l'anus. Un spéculum univalve fut introduit dans le rectum et confié à un aide ; puis ayant reconnu par le toucher les limites supérieures de la tumeur, avec l'index gauche introduit dans le vagin, l'opérateur conduisit sur ce doigt un trocart courbe avec lequel il trans-

perça la cloison recto-vaginale, à un centimètre au dessus de la tumeur : et comme elle s'étendait plus à gauche qu'à droite, il fit la ponction à droite, pour faire d'abord une section verticale correspondante au bord droit de la tumeur. Le poinçon retiré, la chaîne de l'écraseur fut conduite à travers la canule puis après avoir incisé superficiellement la peau depuis le côté droit de l'anus jusqu'à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre, M. Verneuil forma une anse verticale avec la chaîne de l'écraseur et en serrant quatre crans toutes les minutes la première section fut effectuée en 16 minutes ; la plaie resta tout à fait exsangue.

La tumeur fut attirée avec trois érignes, puis circonscrite par la chaîne d'un écraseur courbe et après avoir incisé la peau, la section fut commencée. Au bout de 17 à 18 minutes, la tumeur était complètement détachée.

C'était un *Épithélioma*.

En reportant le doigt à la partie la plus reculée de la vaste excavation qui résultait de cette opération M. Verneuil reconnut sur les parties latérales du rectum, deux points indurés qui paraissaient suspects. Ces deux tumeurs furent attirées avec une érigne double, un fil ciré servit à former un pédicule artificiel sur lequel la chaîne de l'écraseur fut jetée ; au bout de 3 à 4 minutes, l'une de ces tumeurs fut enlevée, mais l'autre fut extirpée au bistouri parce que l'origine était comprise dans l'anse et qu'il fut impossible de dégager l'instrument. Cette ablation donna lieu à un écoulement de sang plus abondant que toute l'opération précédente, car trois artérioles fournissaient du sang. Une ligature jetée aussitôt sur le plus gros des trois vaisseaux et la compression exercée avec le doigt sur les deux autres firent cesser aussitôt l'hémorrhagie.

L'opération terminée, il en résulta une large brèche infundibuliforme, n'ayant guère moins de 10 centimètres d'avant en arrière et 7 centimètre de hauteur. Elle fut remplie de charpie fine; un épais plumassseau imbibé d'eau froide, et des compresses maintenues par un bandage en T terminèrent le pansement.

Les suites de l'opération furent simples, pas de fièvre; pas d'agitation, et au bout de neuf mois la plaie était réduite d'un tiers.

Cette femme eut une récidive une année après son opération. Une extirpation nouvelle du mal fut entreprise par M. Verneuil. Elle paraît cette fois avoir été suivie d'une guérison définitive.

La malade fut revue au bout de deux ans, elle était toujours affectée d'incontinence, mais se montrait en somme très heureuse de son état.

OBSERVATION XII

Cancer volumineux de la cloison recto-vaginale.

Accouchement naturel à terme.

BAILLY. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 378.)

Le 6 août 1872, M^{me} Mittelhausser, sage-femme, m'appelle près de M^{me} P., sa cliente, en travail d'accouchement à terme. Elle trouve chez cette femme le vagin obstrué par une tumeur dure dont elle ne s'explique pas la nature et pour laquelle elle désire avoir mon avis.

La parturiente est une femme de 28 ans, blonde, maigre, de constitution affaiblie. Elle a eu quatre couches naturelles et assez promptes. Aucun phénomène anormal n'a signalé les six premiers mois de sa grossesse actuelle; mais à partir des

trois derniers, elle a perdu d'une façon continue, par la vulve, un liquide séreux ou lactescent, parfois rougeâtre et d'une odeur fade, non fétide. Depuis quinze jours, cette perte était très abondante, continuelle. Aucune douleur d'ailleurs dans le bassin, sauf pendant les rapports sexuels qui étaient constamment suivis dans ces derniers temps d'une petite hémorrhagie.

Au toucher, je trouve la cloison recto-vaginale épaissie par une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. La tumeur, d'une forme allongée, commence à un pouce de l'orifice vulvaire et se termine au dessous du cul-de-sac postérieur du vagin. Sa surface de ce côté est inégale, bosselée et uniformément dure.

Cette exploration digitale détermine une petite perte.

En entr'ouvrant, avec la main, l'orifice vulvo-vaginal, on peut apercevoir l'extrémité inférieure de la tumeur. Sa surface en ce point est lisse, non ulcérée et d'une teinte blanchâtre qui contraste avec la coloration rouge foncée des portions saines du sang.

Du côté du rectum, la tumeur semble plus large et plus régulièrement arrondie; elle forme également une saillie considérable qui comprime le doigt porté dans le rectum et remplit la concavité du sacrum.

Ainsi que je l'ai dit, M^{me} P... est en travail. Contractions utérines rapprochées, plus douloureuses que dans les couches précédentes. Ouverture du col comme une pièce de cinq francs. Le crâne se présente et remplit déjà le 4/3 supérieur de l'excavation.

Malgré le volume de cette tumeur, l'accouchement s'est terminée spontanément vers neuf heures. Fille bien constituée et d'un volume ordinaire.

Pendant la période d'expulsion, la paroi postérieure du

vagin et la tumeur ont été chassées par la tête de l'enfant hors de la vulve, formant en arrière de cette ouverture une tumeur livide et hideuse du volume du poing.

Après le passage de l'enfant, toutes les parties prolabées se sont réduites spontanément. Pas d'hémorrhagies. Pas de déchirures à la surface de la masse indurée du vagin.

Délivrance naturelle.

L'introduction du doigt dans le vagin confirme que la tumeur a repris sa place dans l'excavation pelvienne. Elle paraît aussi volumineuse que lors de mon premier toucher, mais peut-être plus inégale et rugeuse.

M^{me} P... se rétablit assez vite et se lève le onzième jour.

OBSERVATION XIII

Carcinome de la cloison recto-vaginale.

ETIÈNE BOECKEL, Thèse PICHAUD, mars 1873.)

Femme de 75 ans. Bonne constitution. Pas de maladies antérieures. Début, 2 mois. Défécation douloureuse. Cancer occupant la paroi antérieure du rectum, la cloison recto-vaginale et la paroi postérieure du vagin sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. Anus intact. Bourrelet cancéreux saillant à l'extérieur par l'anus et le vagin.

Toucher rectal douloureux. Les ganglions de l'aîne sont un peu engorgés.

Le 5 mars, ablation de toute la masse cancéreuse à l'anse galvanique. La cloison est enlevée jusqu'à 2 centimètres du col utérin. Le vagin et l'extrémité du rectum sont ainsi transformés en cloaque.

Pansement phéniqué. Lavages fréquents.

Le 19 mars, symptômes d'erysipèle vite guéri.

A la fin d'avril, état général satisfaisant, mais l'examen de la région malade permet de constater une induration à la partie supérieure gauche de la cloison.

Le 3 mai, ablation de ces noyaux indurés par l'anse galvano-caustique.

Les suites de cette seconde opération sont des plus simples, et, au mois de juillet, la malade est considérée comme guérie. Pas de traces de lésion locale. Etat général excellent.

OBSERVATION XIV

Epithélioma de la cloison.

PÉAN. (*Lec. de clin. chir.*, 1874.)

Femme 54 ans, journalière, entre à l'hôpital le 5 juin 1874.

Début il y a 16 mois, douleurs vives, difficultés de la défécation. L'orifice anal est entouré de végétations rappelant les condylomes. Par le toucher rectal, on trouve, sur la paroi antérieure, une tumeur irrégulière, bosselée, ayant envahi toute l'épaisseur de la cloison.

Opération le 15 juin. Incision verticale sur la ligne médiane, afin de donner passage à l'écraseur. Ensuite on circonscrit les deux moitiés latérales qui sont envahies. Les parties successivement enlevées, laissent un vaste cloaque. Suites normales.

24. — Etat général satisfaisant; quitte le service sur sa demande.

OBSERVATION XV

Cancer de la cloison recto-vaginale.

• (Thèse RICHARD, Paris,) 1875.

Victoire Collinet, âgée de 27 ans.

Début en mars 1873. Constipation opiniâtre ; selles douloureuses ; entre à l'hôpital le 18 novembre. Présente phénomènes d'obstruction intestinale. Par le toucher vaginal on constate un utérus sain, mobile. La paroi postérieure du vagin est soulevée par un cylindre dur, arrondi, situé sur la ligne médiane, régulier, sans bosselure, comme œdémateux ; commençant à l'orifice anal, et s'étendant très haut. L'anus extérieurement ne présente rien d'anormal. Par le toucher rectal on découvre une tumeur de la grosseur d'une amande, très dure, située sur la partie antérieure du rectum et isolée. Rétrécissement très marqué, remontant au delà des limites que le doigt peut atteindre ; rétrécissement uniforme, à parois lisses, non indurées et qui paraît dû à une infiltration des tuniques.

En présence du mauvais état général on se décide à pratiquer un anus artificiel. L'opération a été facile. L'iliaque fut prise et serrée entre les lèvres de la plaie par dix points de suture. L'intestin ne fut ouvert que le lendemain ; le jour même M. Richet se borna à faire une ponction pour laisser dégager les gaz.

Pas de suites graves. Amélioration notable.

La malade est morte, en novembre 1874, par les progrès de son affection cancéreuse. Jusqu'au dernier jour, les matières s'écoulèrent toujours par son anus artificiel.

OBSÉRVATION XVI

Epithélioma de la cloison recto-vaginale.

Par PÉNN, 1876. (*Lec. de clin. chir.*)

Leysen, 54 ans, papetière, entre le 4 novembre 1876.

Réglée à 14 ans; ménopause à 44 ans. Trois avortements. Depuis 2 ans, constipation habituelle et même depuis 18 mois, garde-robes glaireuses de plus en plus sanguinolentes. Peu de douleur. Sensibilité exagérée de la région anale. Ecoulement presque continu d'un liquide noirâtre, visqueux, filant, analogue au blanc d'œuf; ténesme rectal; miction facile; depuis quelques jours palpitations, anorexie, amaigrissement rapide. Rien au palper abdominal.

Au toucher rectal, tumeur irrégulière, bosselée, mollassée, douloureuse, saignante, occupant la moitié antérieure de l'ampoule rectale.

Au toucher vaginal, rien sur la paroi antérieure sauf une légère cystocèle, mais sur la paroi postérieure, adhérences avec la tumeur rectale; nodosités circonscrites de même nature.

Il n'est pas douteux que nous soyons en présence d'un épithélioma de la cloison recto-vaginale, dont il est encore possible de dépasser les limites.

3 novembre. La malade étant chloroformée. Ablation au moyen de l'anse galvano caustique.

Dans un premier temps un trocart courbe porté au dessus de la tumeur perce la cloison et permet de faire passer une anse galvano-caustique avec laquelle on divise la cloison sur la ligne médiane, de manière à partager la tumeur en deux moitiés.

Dans un second temps, chaque paroi latérale du rectum est traversée de la même façon au dessus de l'ulcération, par des trocars. Ceux-ci servent à conduire des anses galvano-caustiques destinées à circonscrire et à enlever la tumeur sans perdre de sang. Deux pinces hémostatiques, placées sur les artérioles les plus volumineuses, suffisent pour faire l'hémostase.

La portion du vagin et de la cloison envahie est complètement enlevée.

Examen microscopique. *Epithélioma à cellules cylindriques* et végétations papilliformes.

Lavages et pansements alcoolisés :

La guérison a eu lieu régulièrement sans temps d'arrêt et la malade peut sortir le 29 novembre.

OBSERVATION XVII

Cancer de la cloison recto-vaginale.

E. BOECKEL, déc. 1881. (Thèse PIÉCHAUD.)

Femme 52 ans.

La tumeur est enlevée à 2 centimètres du col avec l'anse galvano caustique.

Neuf mois plus tard, M. Boeckel constate une petite récurrence, sur la cicatrice latérale, facile à extirper.

La malade refuse l'opération.

Survie de plusieurs mois et au delà.

OBSERVATION XVIII

Cancer primitif de la cloison recto-vaginale.

P. DURET. Observation recueillie par M. DENNETIÈRES, interne.
(*Bulletin de la Société anatomique clinique de Lille*, 1890.)

Marie R..., âgée de 43 ans, ménagère, sans antécédents héréditaires, entre le 10 janvier 1890 dans le service de M. le professeur Duret.

Pour la première fois, au mois d'août 1889, elle ressentit des douleurs lancinantes dans la région recto-vaginale et éprouva des difficultés de la défécation. Elle suivit plusieurs traitements palliatifs, sans amélioration, et aujourd'hui, voici ce que l'on constate : légères hémorrhagies vaginales spontanées ; eaux rousses peu abondantes et présentant peu d'odeur ; douleurs lancinantes dans le petit bassin.

Fas de troubles de la menstruation, ni de la nutrition.

Au toucher vaginal, la paroi recto-vaginale est épaissie, tomenteuse, saignant facilement, elle est dure depuis le périnée jusqu'au voisinage du col utérin qui est sain, ainsi que le cul-de-sac postérieur ; elle est séparée du col utérin par un sillon d'un centimètre environ. La matrice est mobile ; le doigt ramène un peu de sang.

Le toucher rectal révèle les mêmes indurations que le toucher vaginal. L'induration remonte à environ 7 centimètres de l'anus.

Le spéculum confirme les remarques précédentes et permet de voir une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords végétants et durs ; les parties voisines sont indurées et infiltrées.

Le diagnostic de cancer de la paroi recto-vaginale s'imposait. L'ablation semblant devoir être d'un résultat douteux,

à cause de l'étendue du mal, on institua un traitement ioduré, afin d'éliminer toute hypothèse de syphilome analogue au syphilome ano-rectal. La malade prit pendant quelques jours de l'iodure de potassium, en commençant par 3 grammes par jour, jusqu'à concurrence de 10 grammes.

La lésion locale ne s'améliorant nullement, l'état général étant moins bon, et la malade réclamant à tout prix l'intervention chirurgicale, ne fut-ce que pour la soulager, celle-ci fut exécutée au thermocautère, à titre d'opération palliative. Il était à ce moment impossible d'enlever tout le mal, à cause des adhérences aux parties latérales du bassin.

On commença par sectionner la partie droite de la tumeur, puis la gauche, sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ; puis, comme il était impossible d'atteindre le cul-de-sac postérieur du vagin et le tiers supérieur des insertions latérales avec le fer rouge, on termina avec le bistouri et les ciseaux. A ce moment, on distinguait le feuillet péritonéal du cul-de-sac recto-vaginal, mais on évita de l'ouvrir.

Macroscopiquement, la tumeur a 8 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large et 2 centimètres d'épaisseur. Sur sa partie latérale droite existe une fistule recto-vaginale qui s'était établie quelques jours avant l'opération. La tumeur est dure et résistante au toucher. A la coupe, elle crie sous le scalpel, est peu saignante et présente une surface grisâtre, sillonnée de tractus fibreux, sans suc cancéreux.

En avant, on voit la paroi postérieure du vagin; en arrière, la paroi antérieure du rectum.

L'examen microscopique a été fait par M. le professeur Augier; il a démontré qu'on avait affaire à un *épithélioma pavimenteux lobulé*.

La malade mourut le troisième jour, en présentant des accidents péritonéaux.

A l'autopsie, on trouva une péritonite déjà purulente et une perforation consécutive de 4 centimètre environ. A la suite de l'opération, il ne restait plus que la paroi antérieure du vagin et la moitié postérieure du rectum, sur une étendue de 7 centimètres environ.

La cloison était cancéreuse jusqu'à son insertion sur le bassin.

Pas de généralisation.

OBSERVATION XIX

Carcinome mixte de la cloison recto-vaginale,

Par le D^r N. BLAGOVESTSCHENSKY, (*Gazette médicale de Paris*, 1890, p. 97.)

Le 6 juin 1889 entra à l'hôpital Alexandre une femme mariée, âgée de 33 ans, A. W..., d'origine anglaise.

Premières règles à 12 ans, régulières, durant quatre à cinq jours.

A 23 ans, première grossesse, accouchement à terme de trois garçons, dont l'un mort-né.

Deuxième grossesse, trois ans plus tard.

La troisième grossesse, en 1884, avec accouchement à terme, se passa comme les précédentes. Mais trois mois après survint une hémorrhagie qui a duré trois mois, très abondante par moments et avec caillots. L'hémorrhagie ayant cessé, la malade s'est remise complètement.

Au mois d'avril 1889, la malade remarqua que le coït s'accompagnait de douleurs dans les parties profondes des organes génitaux, suivies d'une hémorrhagie qui dura trois

jours. Au mois de mai, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre, qui augmentaient pendant la marche. Les hémorrhagies survenaient de temps en temps. Vers la fin du mois de mai, les douleurs paraissaient être plus fortes du côté des reins, venant par accès nocturnes, de deux à trois heures de durée. Les digestions devinrent douloureuses, le sommeil agité, mais l'appétit resta normal et les selles régulières.

En examinant les organes génitaux, on trouve toute la paroi postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac postérieur, infiltrée, inégale et augmentée d'épaisseur par places. A peu près vers le milieu de cette paroi, à égale distance de la fourchette et du col de l'utérus, on voit dans ces tissus infiltrés une ulcération avec des bords taillés à pic. L'ulcération mesurait 3 centimètres de hauteur.

L'exploration par le rectum nous fait sentir un amincissement considérable de la paroi postérieure. Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont absolument libres. Le corps de l'utérus et les ovaires sont normaux. Les parois du rectum, même d'après ce qu'on a pu constater par l'examen, ne sont pas atteintes par le processus pathologique du vagin.

Pendant l'examen, les parties malades du vagin saignent. La malade se plaint de douleurs violentes de toute la hauteur du vagin avec irradiations du côté des reins.

Le diagnostic fut posé entre un sarcome et une des variétés de la dégénérescence carcinomateuse.

Opération le 12 juin 1889.

Le matin de la veille de l'opération, on administra à la malade de l'huile de ricin, 45 gr., et le soir un lavement. Le jour même, un bain tiède de 28° et une heure avant l'opération, encore un lavement.

A 11 h. 20 m., on commence la chloroformisation. La pé-

riode d'excitation n'est pas longue et se transforme bientôt en sommeil complet. La respiration est régulière, le pouls lent, bon.

A 11 h. 45 m., après une toilette soignée des parties avoisinant le champ opératoire, on se met à l'œuvre. Malgré tous les moyens employés pour évacuer le rectum, il y est resté pas mal de matières liquides qu'on fait partir à l'aide d'un lavage au sublimé, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

On introduit dans le vagin des spéculums de Sims. A l'aide d'un bistouri droit, on pratique deux incisions parallèles à 3 c. 1/2 de distance en partant de la commissure postérieure de la vulve. La marche du couteau était contrôlée de temps en temps par l'index introduit dans le rectum. Le lambeau médian fut saisi dans les pinces de Museux et la séparation des tissus malades continua en montant. Ces tissus étaient ramollis et se déchiraient dans les pinces.

Tous les vaisseaux de nouvelle formation et d'un certain volume, rencontrés pendant l'incision, furent liés. Ayant atteint le cul-de-sac postérieur et enlevé une partie de la lèvre postérieure du col de l'utérus qui a paru attaquée, on entra dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale où l'infiltration disparaissait. Etant arrivé ainsi jusqu'au péritoine, nous rencontrâmes une partie de la séreuse fortement adhérente aux organes voisins, et on ne put éviter de la blesser. Elle fut suturée avec du catgut aux parties ensanglantées voisines.

La tumeur ainsi extirpée, fut amenée à l'extérieur. La profondeur et la surface rétrécie du champ opératoire ne permettant pas de poser les ligatures sur des petits vaisseaux, six pinces de Péan furent laissées en place. La partie opérée fut lavée avec une solution antiseptique d'acide salicylique à

1 p. 1000. Des lambeaux de gaze iodoformée furent introduits, et les pinces fixées à l'entrée du vagin.

Sur la vulve, on appliqua un bandage de ouate au sublimé. Afin que les parties opérées puissent garder un repos absolu, on attacha les membres inférieurs à l'aide d'une forte bande. Après avoir réveillé la malade, on lui donna 60 gr. de Madère. Sur le bas-ventre, on posa des vessies de glace.

L'opération avait duré deux heures et demie.

Suites normales.

35 jours après l'opération, la malade quitte l'hôpital.

Revue en août. Etat général satisfaisant.

La tumeur examinée au microscope, rappelle le *carcinoma* avec caractères *squirrheux par places*, et *épithéliomateux dans d'autres*.

OBSERVATION XX (Résumée)

Extirpation d'un cancer de la cloison par la voie sacrée.

M. RICHELOT. (*Union Médicale*, 1891, p. 401.)

Marie V..., 59 ans. Début 10 à 12 mois, écoulement sanguin par l'anus avec les garde-robes.

Au toucher rectal, je trouvai une plaque épaisse de cancer ulcéré occupant la paroi antérieure du rectum empiétant sur les parois latérales, surtout à gauche, laissant indemne la paroi postérieure, descendant jusqu'à l'anus sans paraître au dehors et montant assez haut pour que le doigt n'arrive pas à contourner le bourrelet supérieur du néoplasme. La cloison recto-vaginale est bombée en avant, indurée dans toute son étendue et jusque dans le cul-de-sac postérieur. La muqueuse vaginale est intacte.

Les procédés classiques ne me donnent qu'une partie à

prendre, réséquer largement la cloison recto-vaginale, emporter toute la moitié antérieure de l'anus et créer un vaste cloaque. De plus, comme la tumeur dépasse le cul-de-sac vaginal postérieur, il me faudra ouvrir le péritoine et travailler en quelque sorte à l'aveugle.

Pour ces raisons, je me décide à l'opérer par la voie sacrée.

Opération le 29 juin 1890. — Incision postérieure commençant à la marge de l'anus; ablation du coccyx, résection latérale d'un fragment du sacrum, pincement des vaisseaux. Puis ayant le rectum sous les yeux, je l'incise verticalement avec des ciseaux jusque sous le péritoine, je l'ouvre et la plaque cancéreuse apparaît dans toute son étendue. Introduisant plusieurs doigts dans le vagin, je la soulève et la limite facilement à sa partie supérieure. J'attaque la tumeur au dessus de l'anus et latéralement, je la circonscris et la sépare du vagin. La cloison se dédouble peu à peu et il reste en fin de compte une mince paroi vaginale qui paraît saine. Je procède ainsi dans une hauteur de 4 à 5 cent. et j'enlève la partie inférieure de la tumeur. Remarque importante : J'ai disséqué le cylindre intestinal jusqu'à la marge de l'anus et je l'ai séparé du sphincter externe aussi bien que de la paroi vaginale.

J'attaque alors la partie supérieure du cancer, je l'attire en bas, je la saisis entre deux doigts poussés haut dans le vagin et le pouce appliqué sur le bourrelet supérieur de l'ulcération, si bien que le bistouri peut inciser transversalement la muqueuse au dessus du bourrelet. La paroi intestinale entamée à ce niveau, et la main gauche tenant toujours la tumeur, l'index de la main droite va contourner et décoller peu à peu un prolongement cancéreux, mousse, arrondi, qui dépasse l'ulcère, monte sous le péritoine et paraît nettement circonscrit. Pendant cette manœuvre, je ne puis man-

quer de faire à la sèreuse une large brèche, que je ferme avec deux pinces. Pour terminer, je détache la tumeur du vagin à la hauteur du col de l'utérus.

La région est examinée en détail, je fais les ligatures ; j'enlève les parties suspectes ; finalement, je laisse les pinces hémostatiques ; alors je dispose quelques tampons iodoformés, pour doubler le péritoine et protéger la brèche contre les liquides et les gaz. Enfin je réunis par une suture au catgut l'incision verticale du rectum, y compris l'anneau sphinctérien ; les fils des tampons, les branches des quatre pinces, un gros drain pour les gaz traversant l'anus ; des crins de Florence réunissent la peau et l'énorme couche adipeuse, laissant place à un petit tube que je dispose verticalement derrière le rectum.

L'opération a duré deux heures un quart. Suites normales.

La malade se lève le 15 juillet. Cicatrice parfaite. A l'intérieur, aucune trace de plaie, paroi souple comme s'il y avait partout une muqueuse normale, sans inégalités, orifice vaginal et sphincter intacts. L'anus fonctionne bien.

La guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

OBSERVATION XXI

Cancer de la cloison recto-vaginale ; Ablation ; Restauration du vagin.

Observation due à l'obligeance de M. LERREVOST. (Août 1890.)

Femme de 33 ans, mère de quatre enfants. Cette femme se plaignait depuis plusieurs mois d'une grande fatigue dans les jambes, pendant la marche et la station debout, et surtout d'une incessante pesanteur à l'anus. Elle avait quelque temps auparavant consulté un médecin, qui, après

un examen sommaire, crut à un prolapsus utérin, et conseilla l'application d'un anneau Dumontpallier. Mais ce pessaire, loin d'améliorer la situation, n'avait fait que l'aggraver. La pesanteur à l'anus était devenue intolérable, elle provoquait un constant besoin d'aller à la garde-robe, et parfois même donnait lieu à un léger degré d'incontinence fécale. Fèces mélangées de pus. Hémorrhagies abondantes à chaque défécation.

Amaigrissement général, teinte franchement ictérique faisant craindre une lésion du foie qu'un examen soigneux de la région hépatique ne permettait cependant pas de reconnaître.

Le doigt introduit dans le rectum rencontre tout de suite sur la paroi antérieure, à peu de distance de la marge de l'anus, une surface saillante, bourgeonnante et friable. Cette masse empiète un peu sur les faces latérales, mais sa limite supérieure est facilement accessible au doigt.]

L'exploration abdominale n'amène la découverte d'aucune induration ganglionnaire, bien que les parois du ventre soient minces et aisément dépressibles. Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

La muqueuse vaginale, normale quant à sa coloration et à son aspect extérieur, a dans une grande étendue perdu de sa souplesse. Elle est épaissie, indurée dans le point correspondant au néoplasme rectal. Elle fait pour ainsi dire corps avec la tumeur, et il est impossible d'obtenir à son niveau le moindre glissement, le plus petit froncement de la muqueuse.

Dans ces conditions, une intervention chirurgicale devenait particulièrement délicate ; j'étais dans l'alternative suivante : ou abandonner la malade à son malheureux sort : ou enlever largement la cloison néoplasique et créer un cloaque recto-vaginal avec la perspective d'une inévitable, définitive, et

répugnante infirmité. J'eusse pu encore aborder la tumeur par la région sacrée, fendre de haut en bas la paroi postérieure du rectum, déterminer *de visu* les limites du cancer, réséquer la paroi malade, puis rétablir ensuite la continuité du cylindre rectal. Chez ma malade, cette pratique m'eût paru hasardeuse. La cloison était nettement infiltrée, elle était très indurée et son dédoublement me paraissait difficile sinon impossible.

Pour ces raisons, j'ai rejeté la méthode de Kraske et après quelques hésitations, je me suis décidé pour l'opération suivante, qui répondait au double but à atteindre : 1° enlever complètement et largement la cloison néoplasique; 2° prévenir la formation d'un cloaque en reconstituant la cavité vaginale.

Antisepsie vaginale et intestinale pendant les trois jours qui précèdent l'opération. Dernier lavage au moment même de l'intervention, avec une solution de sublimé au millième dans le vagin, avec une solution boriquée à 30 pour 100 dans le rectum.

1^{er} Temps. — La malade chloroformée est placée dans la position de la taille périnéale. Je dissèque d'abord un lambeau semi-lunaire comprenant toute la hauteur du périnée. Ce lambeau dont le bord convexe confine à l'anus, embrasse la fourchette par sa concavité. Il comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et présente par conséquent une épaisseur et une vitalité suffisantes. La fourchette reste intacte, mais la muqueuse vulvaire est divisée en avant des caroncules myrtiformes, de telle sorte que le lambeau est complètement libre et flottant dans sa partie moyenne, tandis que, par ses extrémités, il se continue avec les grandes lèvres (*fig. 1*).

Ce lambeau, une fois libéré, est relevé et momentanément fixé à la partie supérieure de la vulve par un point de suture

provisoire. De cette façon, le champ opératoire est bien découvert et le néoplasme devient très facilement accessible. Il est pour ainsi dire sous la main de l'opérateur.

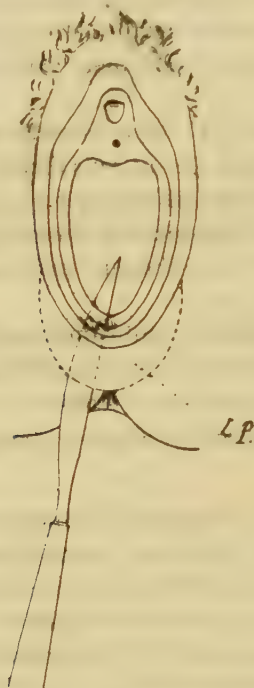


Fig. 1. — 1^{er} temps. Dissection du lambeau périnéal. — L.P. Tracé du lambeau périnéal.

2^e Temps. — Deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum accrochent la masse cancéreuse, l'abaissent et la font saillir du côté du vagin. Rapidement alors, d'un seul coup de bistouri, j'enlève toute la cloison depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la demi-circonfé-

rence antérieure du sphincter anal. Ce temps est mené très vite, car le sang coule à flots. Une grosse éponge me permet de faire l'hémostase provisoire et d'appliquer successivement une vingtaine de ligatures au catgut (*fig. 2*).

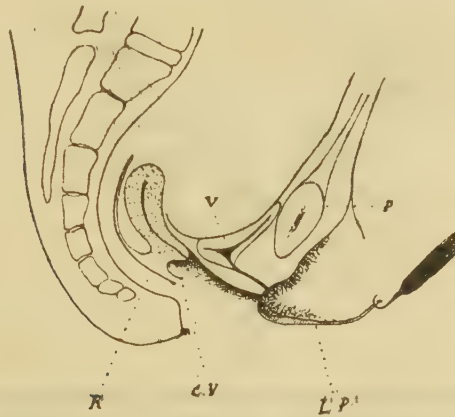


Fig. 2. — 2^e temps. Ablation de la cloison recto-vaginale ; — L P. Lambeau périnéal relevé ; — C V. Cul-de-sac vaginal postérieur ; — R. Rectum ; — V. Vessie ; — P. Pubis.

J'examine alors la région en détail et je m'assure que les limites du mal ont été partout dépassées, puis je procède au troisième temps.

3^e Temps. — Pour cela, j'abaisse le lambeau périnéal et l'attire en arrière à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin. Pour faciliter la coaptation de ces parties, j'attire en bas le museau de tanche avec une pince de Museux, puis je place facilement sept ou huit sutures au catgut. Ainsi fixé le lambeau périnéal regarde le vagin par sa face cruentée et le rectum par sa face cutanée (*fig. 3*).

Le cylindre vaginal est reconstruit, mais le rectum est largement béant. Pour rendre à l'anus des dimensions à peu

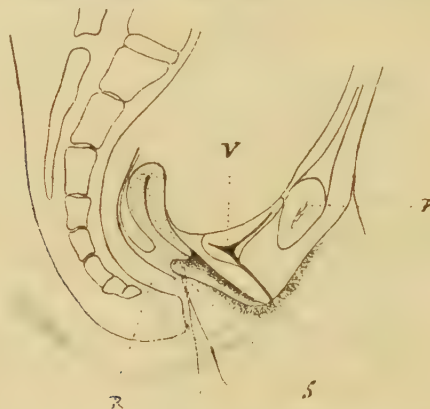


Fig. 3. — 3^e temps. Suture du lambeau périnéal, au cul-de-sac postérieur.
S, Suture ; — V, Vessie ; — R, Rectum ; — P, Pubis.

près normales, il me suffit d'abaisser par glissement la paroi antérieure du rectum et de la fixer par quelques crins de Florence à la plaie périnéale.

L'anus privé de la moitié antérieure du sphincter ne regarde plus directement en bas, mais bien en bas et en avant. Il est situé dans un infundibulum où, pour tout pansement, j'entasse une certaine quantité de gaze iodoformée, de façon à constituer une sorte de soutien pour la nouvelle cloison. Un petit tampon iodoformé est également placé dans le vagin.

Suites opératoires simples. Pas de fièvre. Réunion du lambeau périnéal sur tous les points. Sur les parties latérales, la plaie du périnée non recouverte suppura pendant quelque

temps encore après la sortie de la malade, qui eut lieu le 27 septembre. A la longue, la plaie s'est cicatrisée et la cicatrice rétractile qui en est résultée a rendu à l'anus une résistance fonctionnelle suffisante pour qu'une légère incontinence fécale ne se montre que très exceptionnellement (*fig. 4*).



Fig. 4. — État du périnée 7 mois après l'opération.

J'ai revu la malade tout récemment, 26 mars 1892. Le résultat plastique de l'opération est des plus satisfaisants et si j'en crois les confidences du mari, les résultats fonctionnels ne sont pas moins excellents.

Le procédé que je viens d'exposer m'a paru d'une exécution facile et je le crois applicable, non seulement aux néoplasmes de la cloison, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

OBSERVATION XXII

*Epithélioma de la cloison recto-vaginale et de la fourchette;
Polyype du vagin; Ablation; Guérison.*

PÉAN. (*Tumeurs de l'abdomen*, t. II, p. 948.)

Femme, 63 ans, concierge, entre le 22 juillet 1884.

Début, un an : prurit vulvaire; pertes blanches; il y a six mois, douleurs à la défécation, constipation. Ulcération épithéliomateuse ayant envahi la fourchette et la cloison recto-vaginale, la muqueuse rectale paraît saine.

Le méat urinaire est obstrué par une tumeur grosse comme un pois à surface lisse, unie, luisante, formée par la muqueuse de l'urèthre, non ulcérée, pédiculée, implantée sur le plancher de l'urèthre à 3 millim. en arrière du méat. Rien dans les ganglions inguino-cruraux, rien dans les viscères abdominaux et thoraciques. Etat général bon.

26 juillet. — Anesthésie à l'aide du chloroforme et d'air dosés selon la méthode de P. Bert.

La malade est assise dans le décubitus dorsal, le bassin soulevé, les cuisses fléchies sur le bassin et écartées : des aides rétractent fortement les lèvres de la vulve. Nous débridons alors la fourchette sur la ligne médiane avec le bistouri et nous prolongeons notre incision dans la direction de l'anus; dans une étendue de 2 cent. Puis nous coupons la tumeur en deux moitiés, droite et gauche, et disséquons successivement chaque moitié par sa face profonde en ayant soin de ne pas perforer la cloison recto-vaginale.

Rapprochement et suture des bords de la perte de substance à l'aide de six points de suture métallique à anses séparées.

Ablation consécutive du polype de l'urèthre.

Les sutures sont enlevées le sixième jour, réunion immédiate. Trois semaines après la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXIII

Cancer de la cloison recto-vaginale et du rectum.

D. BAUMÈS, 1836. (Thèse MARCHAND.)

Femme de 52 ans. Cancer occupant toute la circonférence du rectum depuis son extrémité inférieure jusqu'à 3 pouces de hauteur; oblitère presque complètement cet organe et ne laisse passer qu'avec peine le doigt explorateur. La cloison recto-vaginale est dégénérée, squirrheuse à plus d'un pouce. La muqueuse seule paraît saine.

Opération le 7 septembre 1836.

Deux incisions ovalaires autour de l'anus, puis dissection de l'intestin avec le bistouri et les ciseaux jusqu'à la hauteur de 3 pouces. Toute la cloison recto-vaginale et la muqueuse elle-même jusqu'à plus d'un pouce de hauteur fut enlevée. L'opération ne dura que 6 minutes. Les vaisseaux divisés furent cautérisés. La malade perdit néanmoins beaucoup de sang.

Garde-robes très abondantes dès les premiers jours.

40 jours après l'opération, cicatrisation complète.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

Cancer du rectum et de la cloison recto-vaginale.

NUSSBAUNN. (Thèse MARCHAND.)

Femme de 55 ans, entre à la clinique le 3 mai 1861, pré-

sente un cancer du rectum qui remonte à une hauteur de 4 pouces, adhérent au coccyx, au sacrum ainsi qu'à la paroi postérieure du vagin.

Opération le 6 mai.

L'anus fut entouré de deux incisions semi-lunaires ; le périnée fut divisé par une incision longitudinale. Le doigt introduit dans le rétrécissement éloignait l'intestin des parties dont il fallait le séparer ; à la fin, la production pathologique n'adhérait plus qu'au vagin.

Se dirigeant ensuite sur l'index gauche placé dans le vagin, il sectionna la tumeur sur les côtés, commençant vers la partie supérieure de l'utérus et des parties latérales du vagin fortement abaissées. Les portions malades séparées des portions saines, celles-ci furent suturées à la peau, et l'incision longitudinale du périnée réunie.

La malade succomba le lendemain.

Autopsie. — Lésions de péritonite ; le petit bassin était complètement rempli de liquide fibrineux.

OBSERVATION XXV (Résumée)

Cancer du rectum et de la cloison recto-vaginale.

NUSSBAUNN. (Thèse MARCHAND.)

Femme 32 ans, mère de quatre enfants.

En mars 1862, apparition autour de l'anus de nodules devenant de plus en plus durs et remontant vers l'intestin, provoquant de vives douleurs pendant la défécation. Le mal s'accrut vite, et il s'ensuivit un rétrécissement avec toutes ses conséquences.

On reconnaît par l'examen que le rectum et la paroi vaginale étaient pris de *cancer*.

Cette femme se trouvait enceinte à ce moment; il n'y avait donc point lieu de songer à l'opérer. Elle accoucha sans mal vers le milieu d'avril 1863, d'un enfant bien portant, bien qu'en dépit de tous les moyens employés, on ne put provoquer de selles. La tumeur prit un accroissement rapide.

Après l'accouchement, il survient des phénomènes de rétention intestinale, des vomissements fécaloïdes. La malade ne prenait plus aucun aliment.

Après avoir obtenu le consentement des parties intéressées, le 16 mai à 7 heures du soir, il fit l'opération suivante.

La malade soumise au chloroforme fut couchée sur le côté. L'anus fut circonscrit par deux incisions semi-lunaires, après qu'une incision longitudinale eut divisé le périnée. Le sphincter put être écarté de la masse pathologique au moyen des doigts. Celle-ci fut isolée en arrière et sur les côtés sans trop de difficultés; puis on exerça sur elle de fortes tractions qui amenèrent au dehors une certaine portion d'intestin sain.

En se guidant sur le doigt introduit très haut dans le vagin, on sépara l'intestin cancéreux, et confondu avec la paroi du vagin, des parties supérieures et latérales de cet organe, et conséquemment de l'utérus.

Le péritoine déprimé par l'intestin rempli de matières descendit dans la vaste excavation qu'avait pratiquée le chirurgien, en exerçant de fortes tractions pour amener les parties du rectum restées saines jusqu'à la rencontre du sphincter qui avait été conservé.

L'hémorrhagie ne fut pas considérable, deux artères seules furent liées. L'intestin malade fut complètement séparé des parties ulcérées, réuni à la peau; la section périnéale fut également suturée; la portion abaissée du rectum était élargie des $\frac{2}{3}$. Deux vases furent aussitôt remplis de matières dures et pelotonnées. Un tampon de charpie fut introduit

dans l'intestin et une éponge placée dans le nouveau vagin.

La malade éprouva à son réveil de vives douleurs vers le vagin, l'utérus et l'intestin.

La tumeur avait le volume du poing et une hauteur de cinq pouces.

La malade se leva au bout de quatre semaines. Selles normales.

OBSERVATION XXVI. (Résumé)

Cancer annulaire du rectum et de la cloison.

VERNEUIL. (Thèse MARCHAND.)

C. Eugénie, 16 ans. Début mai 1867. Cancer annulaire du rectum. Rectotomie linéaire postérieure, 1868, 20 janvier. Le 8 février, on constate que la cloison est envahie dans sa totalité.

Opération, le 11 mars 1868. La malade est couchée sur le côté gauche et la cuisse droite fléchie sur la fesse. On fait une ponction avec un trocart courbe au niveau de la commissure antérieure de l'anus, on passe au dessus du périnée, puis, après avoir pénétré dans le vagin, on ponctionne la cloison au dessus de la tumeur. Une chaîne d'écraseur est passée à travers ce trajet. Section verticale antérieure de la tumeur. Avec le galvanocautère, on fait une incision verticale de 4 centimètres au niveau du coccyx, on dénude cet os, on le résèque, on ponctionne alors la paroi postérieure du rectum au dessus de la tumeur. Deuxième section verticale postérieure.

De cette façon, la circonférence de la tumeur se trouve divisée en deux moitiés latérales; la moitié latérale gauche formant à peu près les $\frac{2}{3}$ de son volume.

On dissèque alors la partie antérieure gauche de la tumeur et avec une chaîne d'écraseur on fait une section transversale de la paroi recto-vaginale et de la partie latérale antérieure de la tumeur. De cette manière la partie latérale gauche de la tumeur dont le volume était le plus considérable, se trouve divisée en deux parties.

Pendant que les aides font manœuvrer les écraseurs, le chirurgien continue la dissection des parties latérales avec le galvanocautère, en ayant soin de cautériser à plat les artérioles qui donnent un peu de sang. La tumeur une fois isolée, on applique une chaîne d'écraseur au dessus de chaque pédicule, de façon à en pratiquer la section transversale. Malheureusement à la fin de la section de la partie latérale gauche qui remontait très haut, le péritoine est ouvert, on en fait la suture.

Après l'extirpation, il resté une vaste cavité comprenant les fosses ischio-rectales et la cavité vaginale au centre de laquelle se trouve l'orifice du rectum.

Mort le 13 mars.

Autopsie. Lésions de péritonite.

OBSERVATION XXVII

Cancer squirrheux et colloïde du rectum et de la cloison recto-vaginale; Avortement provoqué à quatre mois et demi; Mort avec symptômes d'obstruction intestinale.

Observation recueillie par Ch. MAYGRIER, interne. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 98.)

Cuisonier Marie, 41 ans, entre à la Maternité le 20 décembre 1879.

Régée à 16 ans. Mariée à 20 ans, a eu dix accouchements,

le dernier en 1878. A eu ses dernières règles du 22 au 25 août 1879. Début, fin septembre. Vomissements, constipation opiniâtre.

Le 14 décembre, s'aperçoit que les matières fécales s'écoulent par la vulve.

Le 20 décembre, se présente à la consultation, se dit enceinte de trois mois et demi à quatre mois.

Au palper, l'utérus remonte à quatre travers de doigt au dessus du pubis. Au niveau du côlon transverse et dans tout le flanc gauche, on sent des masses arrondies, dures, qui paraissent être des scybales.

Toucher vaginal. — Col gros, mou, rejeté en avant. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur assez volumineuse. Immédiatement en arrière du col, large fente transversale, à bords calleux et irréguliers, communiquant probablement avec le rectum.

Toucher rectal. — La tumeur est mieux appréciée; on la sent au niveau de la paroi antérieure du vagin; elle remplit tout le cul-de-sac postérieur; paraît molle à droite et en avant, dure dans ses autres points. On ne peut atteindre l'orifice de communication. On porte le diagnostic de rétrécissement cancéreux du rectum s'étant ouvert dans le vagin.

Jusqu'au 13 janvier, vomissements verdâtres abondants, fréquents: écoulements de matières fécales par le vagin.

Le 13, douleurs vives, ventre distendu. Langue sèche, facies griffé. On introduit le doigt dans le col et on l'y laisse quelques minutes, afin de le dilater et de provoquer l'avortement, s'il est possible.

Le 14, à 5 heures du matin, expulsion de l'œuf entier.

Mort le 15 janvier, à 10 heures du matin, dans le coma.

Autopsie par M. Champtier de Ribes. — Traces de périto-

nite, tumeurs kystiques des ovaires. Noyaux cancéreux dans le foie. Rétrécissement du rectum, de nature cancéreuse. Epithélioma cylindrique, avec dégénérescence colloïde.

OBSERVATION XXVIII

Epithélioma du rectum et de la cloison.

J. BOECKEL. (Thèse PIÉCHAUD.)

Femme S... ; début : deux ans.

On constate l'existence d'un cancer annulaire du rectum adhérent à la muqueuse vaginale, en avant, siégeant à 7 centimètres au dessus de la marge de l'anus. Les limites supérieures sont facilement atteintes.

Opération le 26 janvier 1876. Le rectum est circonscrit au bistouri par deux incisions elliptiques et disséqué dans une certaine étendue. Les adhérences du rectum avec le vagin étant trop intimes, on sacrifie la cloison et on arrive ainsi tout près du col utérin. Le rectum est disséqué circulairement sur une étendue de 7 centimètres. A la partie supérieure de la tumeur, on engage au dessus d'elle un trocart courbe dans la paroi antérieure du rectum ; on y fait passer l'anse de platine et la paroi est divisée ; la même manœuvre est faite sur la paroi postérieure. Les deux ailerons latéraux sont enlevés, l'intestin est abaissé et suturé en arrière, à la peau, en avant, à la muqueuse vaginale.

Le bout du rectum enlevé mesure 11 centimètres.

Suites normales.

Vue sept ans après, elle n'a jamais présenté la moindre trace de récurrence.

OBSERVATION XXIX

Carcinome du rectum et de la cloison recto-vaginale.

E. BOECKEL, février 1881. (Thèse PIÉCHAUD.)

Femme de 36 ans. ~~Pas d'antécédents~~ héréditaires, pas de maladies antérieures, bonne constitution.

Début, six mois.

Carcinome du ~~rectum et de la cloison~~ recto-vaginale, commençant immédiatement au dessus du sphincter et s'élevant à une hauteur de 4 centimètres environ. La tumeur est mobile sur la muqueuse vaginale restée saine; pas d'engorgement ganglionnaire.

Etat général moins satisfaisant; appétit diminué; teint jaune terreux.

Le 22 février, ablation de la tumeur, bistouri et anse galvanocautique. Pas d'accidents opératoires; lavages phéniqués; suites de l'opération très simples.

La malade quitte l'hôpital le 18 mars, vingt-cinq jours après l'opération, dans l'état suivant :

Périnée réduit à 1 centimètre de l'anus à la vulve; fistule recto-vaginale admettant l'extrémité de l'index; incontinence des matières qui passent en partie par cette fistule.

Pas de traces de récurrence. Etat général bon.

Pas de nouvelles ultérieures.

OBSERVATION XXX

Carcinome cylindrique du rectum et de la cloison.

J. BOECKEL, 1882. (Thèse PIÉCHAUD.)

Femme 63 ans. Carcinome cylindrique, datant de 10 mois. Son extrémité supérieure peut être dépassée par le doigt.

Extirpation, le 25 mars 1882, de 8 centimètres du rectum, y compris la cloison recto-vaginale. Anse galvanique. Pas d'hémorrhagie ; pas d'accidents ultérieurs.

Cicatrisation absolue au bout de trois mois et demi.

Retient les selles solides ; incontinence des gaz et des selles liquides.

La guérison s'est toujours maintenue.

L'examen histologique a été fait.

Guérison constatée après un an.

OBSERVATION XXXI

Carcinome cylindrique du rectum et de la cloison.

J. BOECKEL. (Thèse PRÉCHAUD).

Femme de 56 ans.

Extirpation de 9 centimètres du rectum, y compris la cloison vaginale jusque près du col utérin. Bistouri et anse galvanique. Réunion. Guérison rapide en trois semaines.

La malade se lève le 15 juin 1879.

Le 21 juillet point de côté très intense, à gauche. Accès de suffocation ; cyanose de la face.

Mort le 20. A l'autopsie on constate un épanchement de la plèvre, du côté gauche ; épanchement péricardique, et noyaux cancéreux disséminés sur les deux séreuses.

Mort 40 jours après, d'accidents pulmonaires et cardiaques.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

Epithélioma anal propagé à la cloison.

Observation recueillie par FLAMENT (*Bulletin de la Soc. anat.,
Clinique de Lille, 1887.*)

Femme 36 ans, début 8 mois.

On constate l'existence d'une tumeur cancéreuse, occupant tout le pourtour de l'anus, remontant sur la cloison à une hauteur de 0,05 à 0,06. Fistule.

Le 17 mai, opération par M. Duret. Avec le thermocautère il fait deux incisions latérales, semi-elliptiques, comprenant dans leur intervalle la cloison, le périnée et le rectum; puis il dissèque aussi haut que possible les faces latérales du rectum et sa partie postérieure. Attirant le tout à lui avec une pince de Museux, il porte le thermocautère dans le vagin, il incise transversalement la cloison au dessus du mal; enfin il coupe la paroi postérieure du rectum. L'incision de la cloison a été faite à environ 2 centimètres $1/2$ du col utérin.

Suites normales.

A l'examen histologique: *Epithélioma tubulaire cylindrique.*

DIAGNOSTIC

Au début, alors que l'affection n'est encore caractérisée que par quelques troubles légers, sensation de pesanteur, cuisson au niveau de la région périnéale, douleur au moment de la défécation, le diagnostic du cancer est assez difficile. Au reste, il est bon de dire que rarement le chirurgien est consulté à cette époque de l'affection.

Les papillomes et tumeurs folliculeuses sont de petites tumeurs d'un rouge plus ou moins vif, souvent mollasses, quelquefois dures et saignantes, mais l'induration est toujours bornée à la petite saillie elle-même, il n'y a jamais de base indurée. Les papillomes récidivent sur place, mais toujours avec les mêmes caractères; jamais il n'y a d'induration diffuse.

Les adénomes et les fibro-myomes sont des productions sous-muqueuses, non adhérentes, présentent l'accroissement lent ou nul des tumeurs malignes et ne s'ulcèrent pas.

Dans un cas qui nous a été communiqué de vive voix par M. Leprévost, une femme atteinte d'un cancer de l'utérus présentait au niveau de la cloison, près du cul-de-sac vaginal postérieur, quelques pe-

tits noyaux indurés de la grosseur d'une noisette, roulant sous le doigt. La muqueuse ne paraissait pas atteinte : on pouvait croire à une généralisation cancéreuse dans la cloison recto-vaginale ; mais la malade fut longtemps suivie et on ne put constater l'ulcération de la muqueuse, ainsi que le développement de ces indurations qui restèrent stationnaires. Il est donc probable qu'ici on avait affaire à un adénome de la cloison recto-vaginale. Dans des cas semblables, comme élément de diagnostic, on aura recours à la marche de la tumeur.

Lorsque le cancer en est arrivé à la période d'ulcération, le diagnostic demande à être fait avec un certain nombre d'affections du vagin et du rectum, parmi lesquelles il nous suffira de citer les ulcérations simples, syphilitiques, tuberculeuses, scrofuleuses, le sarcome et le fibrome du vagin, le prolapsus rectal, etc.

Le chancre mou se présente sous la forme d'une ulcération plus ou moins irrégulière, creuse, à bords nets et taillés à pic, comme découpés à l'emporte-pièce, souvent décollés, plus rarement renversés en dehors. Le fond inégal, irrégulier, déchiqueté et recouvert d'un liquide franchement purulent, présente parfois à son centre une fausse membrane diphthéroïde grise ou jaunâtre.

L'ulcération ne repose pas sur une induration et de plus elle présente une marche aiguë.

Le chancre induré est très rare ; il présente les caractères suivants : Au toucher, on perçoit une éro-

sion déprimée, nettement circonscrite et indolente. Au spéculum, l'ulcération présente un fond rouge, luisant, vernissé, non purulent, à bords légèrement surélevés, se continuant sans ressaut avec le fond de l'érosion et les tissus ambiants dont la teinte est normale; non taillés à pic, ni décollés. L'œdème qui l'accompagne fréquemment, la marche aiguë de l'affection, l'engorgement ganglionnaire précoce et à forme spéciale ne peuvent laisser prise au doute.

Les syphilides érosives sont de simples exfoliations épithéliales, plates, de niveau avec les surfaces voisines, de coloration rouge groseille, ou blanche et opaline; les bords sont représentés tantôt par un petit liseré rouge, tantôt ils sont nettement dessinés et forment comme un liseré argenté plus ou moins saillant; enfin elles sont indolores, non prurigineuses, sans inflammation de voisinage.

Les syphilides papulo-hypertrophiques sont saillantes, de forme variable, indolores, sans réaction inflammatoire, de couleur rouge sombre, jambonnée ou grisâtre, comme si elles étaient recouvertes d'une couche de nitrate d'argent, et coïncidant avec des manifestations syphilitiques d'autres régions.

Des ulcérations non cancéreuses, telles que celles que l'on rencontre dans la vaginite, dans la rectite, peuvent en imposer pour un cancer, car elles sont quelquefois calleuses, déterminent de la cuisson, des douleurs lancinantes, mais elles ne présentent pas la friabilité des tissus dégénérés, les hémorrhagies, l'écoulement ichoreux caractéristique, etc.

Les ulcérations tuberculeuses ont une forme allongée, des bords irréguliers, un peu taillés à pic; de couleur rose violacée, et sur ces bords on voit deux ou trois points ou petits grains jaunâtres en voie de ramollissement ou d'élimination. Leur fonds est gris jaunâtre; il ne suppure pas, ou bien il est recouvert d'une mince couche de pus. Les tissus sous-muqueux sont à nu, comme disséqués et nulle part il n'y a de bourgeons charnus. On ne peut mieux comparer cet ulcère qu'à une plaie qui ne se répare pas. Les tissus voisins ne présentent pas de rougeur; il n'y a nulle réaction inflammatoire, pas de souffrances. Les ulcérations tuberculeuses ne sont jamais une manifestation isolée et unique de la maladie; toujours elles apparaissent dans le cours d'une tuberculisation chronique des poumons.

Le diagnostic du cancer, avec l'esthiomène du vagin peut donner lieu à des difficultés extrêmes. Les principaux éléments de diagnostic sont les parties cicatricielles, la lenteur de la marche et l'indolence absolue de l'esthiomène, caractères bien différents de ceux que revêt le cancer.

Alors que le cancer de la cloison se signale par des phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie; par des alternatives de diarrhée et de constipation; douleurs violentes, écoulement fétide; il peut être confondu avec le syphilome ano-rectal.

Dans le syphilome ano-rectal, le doigt rencontre une portion rétrécie, dure, fibreuse, inextensible, cy-

lindrique, avec des cannelures saillantes, dans laquelle il s'engage plus ou moins difficilement, et que surmonte une autre portion molle, ulcérée, fort difficile d'ailleurs à atteindre. Au contraire, dans le cancer, le doigt arrive sur une masse fongueuse, saignant facilement, inégalement bosselée, irrégulière, anfractueuse; il en ramène une humeur sanieuse, puriforme, d'odeur fétide. On doit tenir compte également de la durée et de la marche de l'affection; lente dans un cas, elle est, au contraire, très rapide quand il s'agit d'un cancer.

La tumeur cancéreuse pourrait être confondue avec un fibrome du vagin par les hémorrhagies, les écoulements fétides et parfois la teinte cachectique des malades; mais elles diffèrent l'une de l'autre par la régularité plus grande de la tumeur fibreuse qui est lisse, arrondie, tandis que la tumeur cancéreuse est inégale, mamelonnée, et par l'engorgement ganglionnaire qui accompagne le cancer.

La confusion avec le sarcome serait peu importante, puisque le traitement est le même.

Signalons, en terminant, les polypes du rectum, le prolapsus rectal, les déviations utérines, surtout la rétroversion, le prolapsus utérin, les polypes, fibromyomes utérins et le cancer du col de l'utérus. Dans tous ces cas, le diagnostic est facile; l'examen de la malade au spéculum, le toucher vaginal et le toucher rectal, l'étude approfondie de chaque symptôme observé, mettront aisément sur la voie du diagnostic.

La nature cancéreuse de la tumeur étant reconnue ; le chirurgien doit résoudre les points suivants :

1° Quel est le siège exact de la tumeur ? Occupe-t-elle toute l'épaisseur de la cloison ou seulement une de ses portions rectale ou vaginale ? Quelles sont ses limites ? Pour résoudre ce problème, un des meilleurs modes d'exploration est l'éversion. L'éversion consiste à introduire l'index dans le vagin, la pulpe tournée vers la cloison recto-vaginale et à déprimer celle-ci en arrière et en bas vers le sphincter anal. Celui-ci cède ordinairement et l'index se coiffant de la muqueuse rectale comme d'un gant arrive à la faire saillir hors de l'anus. Si le sphincter résistait trop, il faudrait en pratiquer préalablement la dilatation forcée (1). Le toucher rectal donnera également de bons renseignements dans cette recherche. Le doigt introduit dans le rectum imprime à la tumeur des mouvements de haut en bas et de latéralité. Il peut apprécier, dans la majorité des cas, si elle est superficielle, c'est-à-dire développée aux dépens de la muqueuse, ou si elle s'étend plus ou moins profondément. En règle générale, une tumeur qui paraît épaisse, mais qui est mobile, n'a pas franchi la paroi rectale.

On ne négligera pas d'associer le toucher rectal et le toucher vaginal, dans le cas où le cancer a envahi toute l'épaisseur de la cloison ; on tombe alors sur

(1) La muqueuse étant en quelque sorte sous les yeux, il est facile de voir où siège la lésion.

une paroi épaissie, indurée, parcheminée, absolument immobile, au niveau de laquelle il est impossible de retrouver les caractères d'une muqueuse normale.

2° Quelle est l'étendue des lésions ? Y a-t-il une fistule recto-vaginale ? Y a-t-il propagation du cancer vers le cul-de-sac péritonéal postérieur, vers le rectum, la vulve, etc. ? L'examen au spéculum permettra au chirurgien de se renseigner sur l'état du col de l'utérus. Au besoin, il pourrait abaisser le col au moyen d'une pince de Museux, ce qui lui donnerait la facilité d'explorer avec le doigt le cul-de-sac vaginal postérieur.

3° Quel est l'état des ganglions ? Par la palpation abdominale, on recherchera les ganglions lombaires et pelviens ; il ne faut pas attacher une trop grande importance à cette exploration. A cause des difficultés résultant d'un léger degré de tension du ventre, les sensations obtenues sont habituellement confuses et sujettes à de nombreuses causes d'erreur.

4° Quelle est la variété de tumeur cancéreuse ? La marche plus lente de l'affection peut faire soupçonner l'existence d'un épithélioma, mais en général, il sera bon d'avoir recours à l'examen histologique.

5° Quel est l'état de la malade au point de vue de sa santé actuelle et de l'existence possible de généralisations cancéreuses.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU CANCER DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

L'extirpation totale du cancer primitif de la cloison recto-vaginale est regardée, par la plupart des chirurgiens d'aujourd'hui, comme une opération praticable, faisant courir peu de risques à la malade, en revanche lui procurant le plus souvent un soulagement immédiat, quelquefois même persistant. Dans une de nos observations (Obs. V, Labbé), l'amélioration a persisté pendant une durée de sept ans. La malade est morte d'un cancer du foie, sans avoir jamais présenté ni récurrence ni engorgement ganglionnaire.

Cependant, quelques chirurgiens se montrent peu partisans d'une intervention, surtout lorsque le cancer a envahi la totalité de la cloison, et ils regardent l'ablation, dans ces cas, comme non seulement inutile, mais aussi dangereuse, en ce sens qu'elle peut faire éclore une péritonite, rapidement mortelle, chez une femme présentant encore l'apparence d'une bonne santé. Même dans ces cas, nous ne croyons pas que le chirurgien soit autorisé à désespérer ; l'ablation doit être tentée ; qu'il nous suffise de rap-

peler les observations XX et XXI, dans lesquelles le résultat obtenu a été des plus satisfaisants, et cependant, dans ces deux cas, toute l'épaisseur de la cloison était envahie.

Donc, d'une manière générale, que le cancer occupe toute la cloison, ou bien qu'il ne siège que sur la tunique rectale ou la tunique vaginale, l'extirpation radicale doit être tentée. Cependant, comme toute intervention a ses limites, il nous importe de savoir dans quels cas nous devons opérer, et dans quels cas, au contraire, l'ablation du cancer étant jugée impossible, il nous faudra avoir recours à une opération palliative, ou bien encore nous contenter de traiter séparément chaque symptôme de l'affection.

La propagation du cancer de la cloison aux organes voisins, tels que le rectum, la vulve, le cul-de-sac vaginal postérieur et le col de l'utérus, n'est pas une contre-indication. L'engorgement ganglionnaire même n'est pas regardé par certains chirurgiens comme devant écarter toute idée d'intervention (Obs. XIII, Eugène Bœckel). Au contraire, lorsque la marche du cancer est par trop rapide, lorsque l'engorgement ganglionnaire a été précoce, lorsque la cachexie est déjà très avancée, lorsque la maladie présente quelques signes de généralisation cancéreuse dans le foie, les poumons, etc., nous croyons que, dans ces cas, toute intervention doit être laissée de côté, car elle ne ferait que hâter le dénouement fatal.

La conduite à tenir doit varier nécessairement avec le siège et le degré d'extension de l'affection cancéreuse. En effet, le cancer peut occuper une portion plus ou moins restreinte de la cloison, soit la paroi rectale antérieure, soit la paroi vaginale postérieure ou bien encore toute l'épaisseur de la cloison.

Supposons le premier cas : le cancer occupe la tunique rectale ; par l'examen, on a pu constater que la paroi vaginale est intacte, non indurée, lisse, souple, glissant facilement sur la paroi rectale.

Après anesthésie par le chloroforme et dilatation forcée de l'anūs, on pratique l'éversion de la paroi antérieure du rectum, à travers l'anūs, en déprimant avec deux doigts la cloison recto-vaginale au dessus de la fourchette. L'ablation de la tumeur s'effectue aussi facilement à l'aide des ciseaux ou du thermocautère, le dédoublement des deux tuniques étant favorisé par la couche de tissu cellulaire qui les sépare. (Obs. III, Delens).

Lorsque le cancer est élevé, que ses limites supérieures sont difficilement accessibles au doigt, l'extirpation par la voie rectale devenant impossible par la raison fort simple que l'on opère dans une région profonde, resserrée, non à découvert, en contact immédiat avec la cavité péritonéale, quelques chirurgiens n'hésitent pas à avoir recours à la voie sacrée, et emploient le procédé recommandé par Kraske dans l'extirpation du cancer du rectum.

Dans un cas semblable où la malade présentait

un cancer de la paroi antérieure du rectum, très élevé, dont la limite supérieure était inaccessible, M. Pozzi (Obs. VII) après avoir abrasé le coccyx et réséqué le sacrum fit une incision verticale de la paroi postérieure du rectum. Il tomba ainsi directement sur le siège exact de la production néoplasique et put en déterminer facilement les rapports ; mais la malade ne paraissant pas en état de supporter le choc résultant de l'ablation totale, et de plus cette opération nécessitant l'ouverture large de la cavité péritonéale, M. Pozzi se contenta de pratiquer un anus artificiel sacré. Le résultat fut satisfaisant ; l'amélioration a persisté.

Cette tentative nous autorise à penser que dans ces cas, le chirurgien a tout intérêt à opérer par la voie sacrée : car il arrive ainsi facilement sur des cancers très haut situés et inopérables par tout autre procédé (1). La région où il opère est largement ouverte, elle *saute en quelque sorte* aux yeux du chirurgien, ce qui lui permet d'éviter la blessure des organes voisins, accident à redouter dans les cas où l'on opère par la voie rectale. De plus, dernier avantage, surtout apprécié par la malade et son entourage, la région sphinctérienne reste intacte, par suite il n'y a pas à craindre l'incontinence des matières fécales, qui succède fréquemment à la résection de l'extrémité inférieure du rectum.

Lorsque le cancer occupe la paroi postérieure vagi-

(1) Richelot. — Union médicale, 1891, p. 392.

nale, la muqueuse rectale étant saine, l'extirpation en sera facile. La paroi vaginale est mise largement à découvert au moyen d'un spéculum ou d'une valve de Sims : la portion cancéreuse rendue saillante au moyen d'un ou de deux doigts introduits dans le rectum, est circonscrite au bistouri ou au thermocautère et abrasée rapidement.

Si le cancer se rapproche par son siège du cul-de-sac vaginal postérieur, par crainte de blesser le cul-de-sac péritonéal, il sera bon d'abaisser le col de l'utérus au moyen d'une pince de Museux et de rapprocher ainsi la paroi vaginale de la vulve.

Enfin toute l'épaisseur de la cloison est envahie, les tuniques sont rugueuses, indurées, donnant au doigt une sensation parcheminée; elles ont perdu toute souplesse; elles adhèrent et ne peuvent rouler l'une sur l'autre. L'ablation ne sera possible qu'en sacrifiant une partie de la cloison.

Voici le procédé employé par le professeur Verneuil, dans un cas semblable (Obs. XI).

Premier temps. — La malade étant couchée sur le côté gauche, au bord du lit, dans l'attitude usitée pour l'opération de la fistule à l'anus, est soumise à l'influence du chloroforme. Un spéculum univalve est introduit dans le rectum et confié à un aide. On reconnaît par le toucher les limites supérieures de la tumeur avec l'index gauche introduit dans le vagin; et sur ce doigt on conduit un trocart courbe avec lequel on transperce la cloison recto-vaginale, à un centimètre au dessus de la tumeur. La ponction est

faite à droite, pour faire d'abord une section verticale correspondant au bord droit de la tumeur.

Deuxième temps. — Le poinçon retiré, la chaîne de l'écraseur est conduite à travers la canule, puis après avoir incisé superficiellement la peau depuis le côté droit de l'anus, jusqu'à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre, on forme une anse verticale avec la chaîne de l'écraseur, et on pratique la section des parties molles en serrant de quatre crans toutes les minutes.

Troisième temps. — La même manœuvre est répétée à gauche : on fait une section verticale de la cloison répondant au bord gauche de la tumeur.

Quatrième temps. — Le lambeau médian comprenant la tumeur cancéreuse est attirée avec une érigne, et séparé à sa limite supérieure des parties saines par une section transversale au moyen de l'écraseur linéaire ou du bistouri.

Cinquième temps. — L'hémostase est pratiquée, les artérioles sont liées. Pansement à la gaze iodoformée. Bandage en T., etc.

Il y a tout avantage à remplacer l'écraseur linéaire par l'anse galvanocaustique, d'un maniement plus facile et diminuant l'abondance de l'hémorrhagie. On peut encore se servir du couteau du thermocautère chauffé au rouge sombre, lequel devient alors un excellent hémostatique.

Grâce à ce procédé, le cancer est enlevé : l'ablation est totale : mais en revanche on a formé une vaste

cavité, un véritable cloaque, dans lequel viennent déboucher l'extrémité supérieure du rectum d'une part, le vagin d'autre part; cloaque qui devient pour la malade la cause d'une infirmité répugnante pour elle-même et son entourage.

C'est pour remédier à la formation de ce cloaque que les chirurgiens ont apporté les modifications suivantes :

Chassaignac plaçait sur le côté de la tumeur, dans les tissus sains et à deux hauteurs différentes de chaque côté, des ligatures doubles, de telle sorte qu'en unissant ensemble les chefs de deux ligatures correspondantes d'un côté à l'autre, on formait des anses transversales, susceptibles d'amener au contact les lèvres de la part de substance faite aux parois du vagin (Obs. X).

Dans deux cas, où le cancer occupait le rectum et la cloison (Obs. XXIV et XXV), Nussbaum opéra de la manière suivante. L'anus fut entouré par deux incisions semi-lunaires : le périnée divisé par une incision longitudinale. Le sphincter est écarté au moyen des doigts. La masse pathologique est isolée en arrière et sur les côtés. En se guidant alors sur le doigt introduit dans le vagin très haut, on sépare la masse cancéreuse confondue avec le vagin des parties supérieures et latérales de cet organe et conséquemment de l'utérus. Les portions malades séparées des portions saines, celles-ci furent suturées à la peau et l'incision longitudinale du périnée réunie.

M. Richelot. (Obs. XX,) chez une malade pré-

sentant un cancer de la cloison, et chez laquelle toute l'épaisseur semblait envahie, voulant à tout prix éviter la formation d'un cloaque et conserver intacte la région sphinctérienne, eut recours à la méthode de Kraske. L'opération préliminaire étant achevée, la paroi postérieure du rectum fut incisée verticalement. La tumeur mise à nu, M. Richelot l'attaqua au dessus de l'anus et latéralement, la délimita et la sépara du vagin. La cloison se dédoubla peu à peu, et il resta en fin de compte une mince paroi vaginale qui paraissait saine. La même manœuvre fut effectuée en haut. Pour cela, saisissant la partie supérieure de la cloison entre deux doigts poussés haut dans le vagin et le pouce placé dans le rectum, M. Richelot l'attira en bas, de telle sorte que le bistouri put inciser transversalement la muqueuse. Le dédoublement eut lieu comme pour la portion inférieure ; et la portion fut extirpée facilement.

La malade ne présente pas de cloaque il est vrai, elle possède une cloison ; mais c'est une cloison factice ; son intégrité ne paraît pas absolue, et elle expose par suite à une réapparition des symptômes de l'affection cancéreuse. De plus, il se présente des cas où le dédoublement artificiel de la cloison ne peut être pratiqué. Que faire alors ? Recourir au procédé de M. Verneuil et des autres chirurgiens, c'est-à-dire abraser longuement la cloison recto-vaginale et créer un cloaque ? ou bien abandonner la malade à son triste sort. M. Leprévost nous paraît avoir

trouvé la solution de ce problème. Il enlève toute la cloison, mais en revanche il prévient la formation d'un cloaque en reconstituant la cavité vaginale aux dépens d'un lambeau périnéal (Obs. XXI.)

Dans un *premier temps*, on crée le lambeau. La malade est placée dans la position de la taille périnéale; on dissèque alors un lambeau semi-lunaire comprenant toute la hauteur du périnée, dont le bord convexe confine à l'anus, dont le bord concave embrasse la fourchette. Ce lambeau est constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La fourchette reste intacte, mais la muqueuse vulvaire est divisée en avant des caroncules myrtiliformes, de telle sorte que le lambeau est complètement libre et flottant dans sa partie moyenne, tandis que par ses extrémités, il se continue avec les grandes lèvres.

Second temps. — Ablation de la masse cancéreuse; deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum, accrochent la tumeur, l'abaissent et la font saillir du côté du vagin. Rapidement alors et d'un seul coup de bistouri, on enlève toute la cloison depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la circonférence antérieure du sphincter anal.

Troisième temps. — Restauration du vagin. Le lambeau périnéal est attiré en arrière à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin. Pour faciliter la coaptation, on attire en bas le museau de lanche avec une pince de Museux, puis on fait les sutures au

catgut. Le lambeau périnéal regarde le vagin par sa face cruentée et le rectum par sa face cutanée. Pour rendre à l'anus largement béant des dimensions à peu près normales, il suffit d'abaisser par glissement la paroi antérieure du rectum et de la fixer par quelques crins de Florence à la plaie périnéale.

Les suites opératoires ont été simples ; pas de fièvre ; la réunion a été immédiate. Le résultat a donc été des plus satisfaisantes.

Nous ne regrettons qu'une chose, c'est que jusqu'ici le procédé n'ait pu être pratiqué qu'une fois, néanmoins nous osons espérer que les chirurgiens n'hésiteront pas à l'employer lorsqu'ils se trouveront en présence d'un cancer ayant envahi toute l'épaisseur de la cloison, et qu'ils se verront dans la nécessité ou d'intervenir en créant un cloaque, ou d'abandonner la malade.

Quel est le résultat opératoire que l'on peut espérer dans l'ablation du cancer primitif de la cloison ? Sur 21 cancers primitifs, 15 fois on a tenté l'ablation totale. Ces 15 cas se décomposent ainsi :

3 Morts. Péritonite ;

2 Récidives. Au bout de neuf mois ou un an ;

10 Améliorations. La guérison a pu être constatée de vingt jours à six mois, un an après l'opération. Dans une observation que nous avons relatée, l'amélioration a persisté pendant sept ans ; on peut dire qu'ici la guérison avait été complète. (Obs. V, Labbé.)

Nous ne pouvons terminer cette étude de l'ablation totale du cancer de la cloison, sans dire quelques mots

du traitement chirurgical applicable aux cas de cancers secondaires.

Le cancer de la cloison est consécutif à un cancer de la vulve ou de la fourchette.

La malade est mise dans le décubitus dorsal, le bassin soulevé, les cuisses fléchies sur le bassin et écartées, des aides rétractant fortement les lèvres de la vulve. On débride la fourchette sur la ligne médiane avec le bistouri, on prolonge cette incision dans la direction de l'anus. La tumeur est coupée en deux moitiés, droite et gauche, on dissèque successivement chaque moitié par sa face profonde en ayant soin de ne pas perforer la cloison recto-vaginale. Rapprochement et suture des bords de la porte de substance. (Péan, Obs. XXII.)

Le cancer est consécutif à un cancer du col ou du corps de l'utérus; le cul-de-sac vaginal postérieur est envahi sur une certaine étendue, mais la tunique rectale est entièrement saine.

L'amputation du col de l'utérus ou l'hystérectomie totale par la voie vaginale seront suivies de l'abrasion de la paroi vaginale envahie par l'affection cancéreuse.

Dans un cas semblable où un cancer de l'utérus s'était propagé au cul-de-sac vaginal postérieur et à une certaine étendue de la tunique vaginale postérieure, M. Leprévost eut recours à la voie sacrée.

Après avoir incisé la peau et reséqué le sacrum d'après le procédé Kraske, M. Leprévost réclina le

rectum, plaça des ligatures sur les ligaments larges, et par cette large ouverture put extirper facilement l'utérus tout entier et ses prolongements cancéreux.

M. Leprévost fit donc une véritable *hystérectomie sacrée*.

Voici du reste cette observation que M. Leprévost a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION recueillie par M. TALLIEN, interne.

*Ablation par la voie sacrée, de l'utérus et d'une partie
du vagin.*

M^{lle} A..., 42 ans, vint trouver le docteur Leprévost qu'elle avait jadis consulté, pour des accidents syphilitiques divers, au mois de février 1891. Elle se plaignait de pertes abondantes qui avait pour point de départ une ulcération à bords indurés occupant toute la lèvre postérieure du museau de l'anche, sans toutefois atteindre le cul-de-sac postérieur.

A ce moment, une amputation du col ou une hystérectomie vaginale était également possibles, mais la malade repoussa l'une et l'autre de ces opérations.

Elle se présenta de nouveau au mois de juin suivant; les pertes s'étaient aggravées, elles étaient devenues fétides, et la malade réclamait d'elle-même une intervention. Malheureusement le mal avait fait des progrès; le col était en grande partie détruit; le cul-de-sac postérieur et la paroi postérieure du vagin, sur une étendue de 3 ou 4 centimètres, étaient envahis. Le corps de l'utérus était mobile, les annexes peu appréciables par le palper abdominal. Le doigt

introduit dans le rectum trouvait saine la muqueuse intestinale dans toute sa portion accessible. C'est pourquoi M. Leprévost se décida, malgré l'envahissement de la muqueuse vaginale, à tenter l'ablation de l'utérus et de la partie du vagin envahie par l'épithélioma. Il procéda par la voie sacrée. Méthode de Kraske, et après avoir récliné le rectum, plaça des ligatures sur les ligaments larges, dédoubla la cloison vaginale de haut en bas, puis, avec grande précaution, la cloison vésico-vaginale et enleva tout à la fois l'utérus, les culs-de-sac vaginaux et le tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin.

Les parois antérieure et postérieure du vagin furent ensuite réunies l'une à l'autre par quelques joints de suture, sauf au centre, où fut placée une bande de gaze iodoformée, puis la plaie sacrée fut également réunie.

Pendant deux jours la température reste normale, mais le troisième jour, la malade fut prise de phénomènes abdominaux qui furent considérés comme de la péritonite et la mort survint le cinquième jour après l'opération.

A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite mais on vit qu'une anse intestinale s'était engagée dans l'orifice central du vagin, s'y était étranglée, puis glacée.

Le cancer est consécutif à un cancer du rectum, la paroi rectale seule est envahie.

Dans ce cas, on pratique deux incisions semi-lunaires à deux centimètres de l'anūs, on décolle le rectum en avant et on le sépare de la tunique vaginale. La portion cancéreuse étant abrasée, le rectum est abaissé et suturé à la plaie cutanée par des fils métalliques.

Lorsque le cancer du rectum a envahi toute l'épaisseur de la cloison, on modifiera ce procédé de la façon suivante.

Double incision élliptique circonscrivant le rectum. On dissèque le rectum dans une certaine étendue, et on perfore la cloison au dessous des limites de la portion cancéreuse. On continue la dissection du rectum en arrière et sur les côtés jusqu'à ce que les limites supérieures soient dépassées. A ce moment, en se guidant sur un doigt introduit dans le vagin, on sépare l'intestin cancéreux et confondu avec la paroi vaginale postérieure des parties supérieures et latérales de cet organe. Le rectum est sectionné à la partie postérieure. La portion cancéreuse est enlevée. L'intestin sain est abaissé et suturé, en arrière à la peau, en avant, à la muqueuse vaginale. — J. Bœckel (Obs. XXVIII).

M. le professeur Verneuil dans un cas semblable intervint de la manière suivante.

Premier temps. — Ponction avec un trocart courbe au niveau de la commissure antérieure de l'anūs. On passe au dessus du périnée, de manière

à le laisser intact. On conduit la pointe du trocart dans le vagin, au dessous de la tumeur, on fait ensuite ressortir le trocart par l'anús, après l'avoir fait passer au dessus des limites du mal. On passe une chaîne d'écraseur : section verticale antérieure de la tumeur.

Deuxième temps. — Incision verticale de 4 centimètres au niveau du coccyx, dénudation, résection de cet os, puis avec un trocart on fait une ponction au niveau de l'extrémité supérieure de la région coccygienne en passant au dessus de la tumeur. On passe une chaîne d'écraseur, section verticale postérieure. La tumeur se trouve ainsi divisée en deux moitiés latérales.

Troisième temps. — Incision elliptique au galvanocautère, occupant l'épaisseur de la peau et cernant la circonférence du rectum. Cette incision est prolongée jusqu'au niveau des limites supérieures du mal.

Quatrième temps. — Section des deux pédicules latéraux avec l'écraseur (Obs. XXVI).

CONCLUSIONS

Le cancer primitif de la cloison recto-vaginale est une affection rare ; on l'observe à partir de l'âge de 30 ans. Sa marche est rapide ; la durée varie entre six mois et deux ans. La variété la plus fréquemment rencontrée est l'épithélioma cylindrique. Son siège ordinaire est la paroi antérieure rectale, d'où il ne tarde pas à envahir toute l'épaisseur de la cloison. Le cancer secondaire est assez fréquent ; il succède le plus souvent à un cancer du rectum ou du col de l'utérus.

Les symptômes du début sont très variables, mais l'affection une fois bien constituée on observe sensiblement les mêmes troubles fonctionnels que dans les cancers de la vulve ou du rectum.

Le diagnostic, avec les autres affections des organes du petit bassin, ne pourra être fait que grâce à un examen attentif et soigneux de la région.

Le pronostic sera toujours réservé, car la terminaison habituelle est la mort.

En présence d'un cancer de la cloison, les conditions indispensables à une intervention existant, le chirurgien doit tenter l'extirpation radicale. Sa pré-

occupation principale sera d'éviter la formation d'un cloaque. Aussi ne saurions-nous trop recommander le procédé employé par M. Richelot, dans lequel le chirurgien crée en quelque sorte une cloison par dédoublement artificiel, ou mieux encore la méthode récemment suivie par M. Leprévost et qui consiste, la tumeur cancéreuse étant abrasée, à restaurer le le vagin dévissé d'un lambeau périnéal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1829. — *Pinault*. — Cancer du rectum. Thèse Paris.
1833. — *Lisfranc*. — Mémoire sur l'excision de la partie inférieure du rectum, in *Mém. de l'Académie de méd.*, t. IV.
1842. — *Demarquay*. — Cancer du rectum, in *l'Expérience*, mai.
1843. — *Laugier*. — Art. rectum, in *Dict. en 30 vol.*, t. XXVII, p. 274.
1850. — *Nélaton*. — Nouveau procédé pour l'ablation de la partie inf. du rectum chez la femme, in *Gaz. des hôp.*
1854. — *Chassaignac*. — Traité de l'écrasement linéaire.
1873. — *Marchand*. — Etude sur l'extirpation de l'extrémité inf. du rectum. Thèse Paris.
1875. — *Rondot Ed.* — Cancer primitif de la vulve et du vagin, in *Gaz. hebdom. de méd.*
- *Velpeau*. — Médecine opératoire, t. IV, p. 341.
- *Follin et Duplay*. — Manuel élémentaire de pathologie externe.
- *Richard*. — Anus iliaque dans le cas de tumeurs du rectum. Thèse Paris.
1877. — *Mollière Daniel*. — Traité des maladies de l'anus et du rectum.
- *A. Richet*. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale.

1882. — *Nélaton*. — Eléments de pathologie chirurgicale, t. V et VI.
1883. — *Piéchaud*. — Etude sur le cancer du rectum. Thèse Paris. Agrégation.
1885. — *Poulet et Bousquet*. — Traité de pathologie externe.
— *Kraske*. — Revue de chirurgie.
1887. — *Albesco*. — De la rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice. Thèse Paris.
— *Trélat*. — Epithélioma rectal, in *Gaz. des Hôp.* p. 1051.
1888. — *Kirmisson*. — Cancer du rectum, in *Union méd.*, p. 817.
— *Bouilly. Peyrot*. — Manuel de pathologie externe, t. III et IV.
— *P. Reclus*. — Traitement du cancer du rectum, in *Semaine médicale*, p. 453.
1889. — *Tillaux*. — Traité de chirurgie clinique, t. II.
1890. — *Aubert*. — Extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée. Thèse Paris.
— *Eugène Bœckel*. — Gazette méd. de Strasbourg, 3 mai.
— *Pozzi Samuel*. — Traité de gynécologie.
— *Santorph Sylvestre*. — Extirpation du rectum par la voie sacrée, in *Mercredi méd.*, p. 441.
1891. — *Richelot*. — Extirpation du rectum par la voie sacrée, in *Union médicale*, p. 392.
— *Tillaux*. — Traité d'anatomie topographique.
1892. — *Emile Forgue et P. Reclus*. — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. II.

- *Péan.* — Tumeurs de l'abdomen.
 - Leçons de clinique chirurgicale, 1875-1876, 1877-1878.
 - *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*
 - Art. rectum, t. XXX. Art. Vagin, t. XXXVIII.
 - *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.* Art. rectum, t. LXXXI. Art. vagin, t. XCIX.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Pour le Doyen,
L'Assesseur, JACCOUD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

